

Guia Orientador
de Boas Práticas
**de Intervenção
Psicoterapêutica**
de Enfermagem



FICHA TÉCNICA

TÍTULO

GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS DE INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA DE ENFERMAGEM

Trabalho desenvolvido por iniciativa da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MCEESMP) – Mandato 2020-2023

AUTORES

Francisco Miguel Correia Sampaio (Coordenador)
Ana Elisabete Coelho Martins
João Pedro Ribeiro Marques
Maria Otília Caires Barreto
Paulo Rosário Carvalho Seabra
Sílvia da Costa Lopes

[O grupo de autores foi aprovado em reunião do Conselho Diretivo, a 23 de dezembro de 2020, e nomeado pela Nota Interna nº NI-CD/2020/37]

REVISÃO TÉCNICA

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Mandato 2020-2023

Francisco Miguel Correia Sampaio (Presidente da MCEESMP)
Andreia Cristina Jales do Espírito Santo (Secretária da MCEESMP)
Hélder Abel Chaves Ferreira Lourenço (Secretário da MCEESMP)

REVISTO PELOS PERITOS

Leonel Gonçalves Dias Fernandes
Ângelo Emanuel Machado Marinho

EDITOR

Ordem dos Enfermeiros

EDIÇÃO

Papa-Letras (www.papa-letras.pt)

CAPA

Gabinete de Comunicação e Imagem da Ordem dos Enfermeiros

GRAFISMO E PAGINAÇÃO

Gráfica Almondina (www.grafica-almondina.com)

ISBN:

978-989-8444-64-6

1.ª edição digital: junho de 2023

© 2023, Ordem dos Enfermeiros

Todos os direitos reservados por: ORDEM DOS ENFERMEIROS



Sede
Av. Almirante Gago Coutinho, n.º68 B - R/C
1700-031 Lisboa
T: 218455230
F: 218455259
<http://www.ordemenfermeiros.pt/>

ÍNDICE

Introdução	9
Parte I – Contextualização / Enquadramento Teórico	11
1. Definição de Conceitos.....	12
1.1. Psicoterapia.....	12
1.2. Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem.....	14
2. Estado da Arte.....	16
2.1. Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem a Nível Internacional.....	16
2.2. Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem em Portugal.....	18
2.3. Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem.....	20
Parte II – Princípios Metodológicos	23
Parte III – Pressupostos para a Intervenção	27
1. Pressupostos para a Intervenção Individual.....	28
1.1. Considerações Gerais.....	28
1.2. O Início da Intervenção.....	29
1.3. O Processo Psicoterapêutico.....	30
1.4. Vantagens da Intervenção Individual.....	33
1.5. Desvantagens da Intervenção Individual.....	34
2. Pressupostos para a Intervenção em Grupo.....	35
2.1. Constituição e Características do Grupo.....	36
2.2. Fases do Desenvolvimento do Grupo e Papel do Enfermeiro.....	39
2.3. Desafios e Dificuldades da Intervenção em Grupo.....	41
3. Pressupostos para a Intervenção Familiar.....	46
3.1. Princípios e Orientações.....	47
3.2. Número de Elementos para a Intervenção.....	48
3.3. Fases de Desenvolvimento da Intervenção com Famílias.....	49
3.4. Regras e <i>Setting</i>	49
3.5. Desafios e Dificuldades da Intervenção com Famílias.....	50
3.6. Benefícios Gerais.....	51
3.7. Contraindicações / Critérios de Exclusão para a Intervenção.....	51
Parte IV – Intervenções Psicoterapêuticas de Enfermagem	52
1. Executar Intervenção em Crise.....	53
2. Executar Técnica de Modificação do Comportamento.....	64
3. Executar Aconselhamento.....	73
4. Executar Técnica de Mediação Artístico-Expressiva.....	80
5. Executar Técnica de Resolução de Problemas.....	85

6. Executar Intervenção Promotora do Processo Familiar	91
7. Executar Técnica de Relaxamento.....	96
7.1. Técnica de Imaginação Guiada	96
7.2. Técnica de Treino Autogénico.....	101
7.3. Relaxamento Muscular Progressivo.....	106
8. Executar Terapia pela Reminiscência	111
9. Executar Reestruturação Cognitiva.....	116
10. Executar Entrevista Motivacional	124
Conclusão	135
Referências Bibliográficas	138
Anexos	151
Anexo I – Níveis de Evidência de Efetividade Recomendados pelo Joanna Briggs Institute	152

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Condições que influenciam a Intervenção Psicoterapêutica (Horatio, 2012).....	17
Quadro 2 – Domínios da Avaliação Inicial e Critérios de Exclusão de Utentes	21
Quadro 3 – Ligações entre o Diagnóstico de Enfermagem “Baixa Autoestima Situacional”, as Intervenções Psicoterapêuticas NIC e os Resultados NOC.....	22
Quadro 4 – Indicações Terapêuticas, Resultados de Enfermagem e Instrumentos de Avaliação para a Intervenção “Executar Intervenção em Crise”	54
Quadro 5 – Exemplo de Formulação “Áreas de Problema”	59
Quadro 6 – Técnicas Específicas para Ultrapassar a Formulação Interpessoal	61
Quadro 7 – Indicações Terapêuticas, Resultados de Enfermagem e Instrumentos de Avaliação para a Intervenção “Executar Técnica de Modificação do Comportamento”	65
Quadro 8 – Registo de Comportamentos.....	71
Quadro 9 – Indicações Terapêuticas, Resultados de Enfermagem e Instrumentos de Avaliação para a Intervenção “Executar Aconselhamento”	74
Quadro 10 – Indicações Terapêuticas, Resultados de Enfermagem e Instrumentos de Avaliação para a Intervenção “Executar Técnica de Mediação Artístico-Expressiva”	81
Quadro 11 – Estrutura das Sessões de Mediação Artístico-Expressiva	83
Quadro 12 – Indicações Terapêuticas, Resultados de Enfermagem e Instrumentos de Avaliação para a Intervenção “Executar Técnica de Resolução de Problemas”	86
Quadro 13 – Análise Emocional e Racional da Decisão	89
Quadro 14 – Indicações Terapêuticas, Resultados de Enfermagem e Instrumentos de Avaliação para a Intervenção “Executar Intervenção Promotora do Processo Familiar”	92
Quadro 15 – Indicações Terapêuticas, Resultados de Enfermagem e Instrumentos de Avaliação para a Intervenção “Executar Técnica de Imaginação Guiada”	97
Quadro 16 – Indicações Terapêuticas, Resultados de Enfermagem e Instrumentos de Avaliação para a Intervenção “Executar Técnica de Treino Autogénico”	101
Quadro 17 – Indicações Terapêuticas, Resultados de Enfermagem e Instrumentos de Avaliação para a Intervenção “Executar Relaxamento Muscular Progressivo”	106
Quadro 18 – Indicações Terapêuticas, Resultados de Enfermagem e Instrumentos de Avaliação para a Intervenção “Executar Terapia pela Reminiscência”	112
Quadro 19 – Indicações Terapêuticas, Resultados de Enfermagem e Instrumentos de Avaliação para a Intervenção “Executar Reestruturação Cognitiva”	117
Quadro 20 – Registo de Pensamentos	122
Quadro 21 – Indicações Terapêuticas, Resultados de Enfermagem e Instrumentos de Avaliação para a Intervenção “Executar Entrevista Motivacional”	128
Quadro 22 – Balança de Decisão	131

LISTA DE SIGLAS / ACRÓNIMOS

ANP – *Advanced Nurse Practitioner*

APA – *American Psychological Association*

CIPE – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*

CSAT – *Center for Substance Abuse Treatment*

EAP – *European Association of Psychotherapy*

EM – *Entrevista Motivacional*

ESMP – *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*

EUA – *Estados Unidos da América*

FC – *Frequência cardíaca*

GDS – *Global Deterioration Scale*

GDS-15 – *Geriatric Depression Scale – 15 Items*

GOBP – *Guia Orientador de Boas Práticas*

ICN – *International Council of Nurses*

MCEESMP – *Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*

MMSE – *Mini-Mental State Examination*

MoCA – *Montreal Cognitive Assessment*

NANDA-I – *NANDA International, Inc.*

NIC – *Classificação de Intervenções de Enfermagem*

NOC – *Classificação dos Resultados de Enfermagem*

RNAO – *Registered Nurses Association of Ontario*

TA – *Tensão arterial*

WCP – *World Council of Psychotherapy*

MENSAGEM DA DIGNÍSSIMA BASTONÁRIA E DA PRESIDENTE DO CONSELHO DE ENFERMAGEM

Este Guia Orientador da Boas Práticas da Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem é um trabalho desenvolvido por um grupo de trabalho nomeado pelo Conselho Directivo da OE, e tem como principal objectivo identificar as intervenções psicoterapêuticas de Enfermagem passíveis de serem realizadas por Enfermeiros, na sequência de dúvidas que têm vindo a ser levantadas ao longo dos anos, bem como lacunas identificadas.

Trata-se de um documento de referência para os Enfermeiros ESMP, dado ser o trabalho mais recente realizado nesta área, que tem vindo a ganhar cada vez mais importância, embora, face à evolução científica, não seja um documento definitivo, que deverá ser progressivamente actualizado.

É, no entanto, essencial que este trabalho seja aplicado na prática clínica, que deverá acompanhar o desenvolvimento da mais actualizada evidência científica.

A dimensão psicoterapêutica é transversal e essencial nos cuidados prestados aos doentes, às famílias e à comunidade, embora gere dúvidas práticas, uma vez que a literatura existente neste domínio é ainda escassa, razão pela qual qualquer trabalho nesta área é de extrema importância para o desenvolvimento da profissão.

Este Guia configura, assim, um instrumento imprescindível para os Enfermeiros ESMP.

Agradecemos todo o empenho, dedicação e profissionalismo que dedicaram a este projecto, tão importante para o desenvolvimento profissional.

Ana Rita Cavaco, *Bastonária*
Ana Fonseca, *Presidente do Conselho de Enfermagem*

MENSAGEM DO PRESIDENTE DA MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE

O planejamento e a realização de intervenções psicoterapêuticas encontram-se consagrados em Diário da República, enquanto competência específica do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), desde 2011. É, na atualidade, absolutamente inquestionável o papel de relevo que este profissional pode desempenhar, em articulação multidisciplinar com a equipa de saúde, por via desta sua competência específica.

Contudo, ao longo dos anos, muitas têm sido as dificuldades encontradas na distinção entre os termos “psicoterapia” e “intervenção psicoterapêutica”, ou até mesmo no entendimento claro de que intervenções psicoterapêuticas poderiam ser realizadas pelo enfermeiro especialista em ESMP. Assim, e de modo a procurar dar resposta a estas dúvidas e/ou dificuldades, este Guia Orientador de Boas Práticas (GOBP) procura suprir essa lacuna estabelecendo, de forma clara, que intervenções psicoterapêuticas podem ser realizadas, nos contextos da prática clínica, por parte dos enfermeiros especialistas em ESMP, bem como a que critérios mínimos estas intervenções devem obedecer para que possam ser consideradas como “boa prática de ESMP”.

Este GOBP não contempla em si todas as intervenções psicoterapêuticas de Enfermagem, mas antes aquelas que parecem ser mais relevantes no contexto atual e que dispõem de sólida evidência científica da disciplina de Enfermagem que as permite suportar. Não obstante, tal como todos os GOBP, este deverá também ser atualizado periodicamente, sendo que essas atualizações poderão servir, naturalmente, para a inclusão de outras intervenções desde que as mesmas disponham de suporte teórico / científico que sustente / advogue pela sua inclusão.

A elaboração de um GOBP não é um trabalho individual, pelo que importa agradecer a cada elemento do grupo de trabalho responsável pelo seu desenvolvimento por todo o empenho emprestado a esta tarefa e por toda a reflexão construtiva que em muito contribuiu para a sua consecução. Pretende-se agora, acima de tudo, que este seja um documento útil para que os enfermeiros especialistas em ESMP possam tornar a sua prática clínica cada vez mais baseada na evidência.

Francisco Sampaio

Presidente da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Mandato 2020-2023)

INTRODUÇÃO

O Guia Orientador de Boas Práticas (GOBP) de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem foi elaborado por um grupo de trabalho nomeado pelo Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros (NI-CD/2020/37) sob proposta da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica do mandato 2020-2023. Na base da proposta de elaboração deste GOBP estiveram as dúvidas e incertezas existentes relativamente à intervenção psicoterapêutica de Enfermagem, amplamente manifestadas, ao longo dos anos, por diversos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP). Assim, e pese embora o Regulamento das Competências Específicas do enfermeiro especialista em ESMP assumia de forma clara que a prestação de cuidados psicoterapêuticos se trata de uma competência específica do mesmo, não se encontravam discriminadas quais eram as intervenções psicoterapêuticas que este poderia realizar nem a estrutura e conteúdos mínimos que essas intervenções deveriam apresentar.

Como tal, e de forma a dar resposta à lacuna identificada, avançou-se para a elaboração deste GOBP, que apresenta os seguintes objetivos: (a) identificar as intervenções psicoterapêuticas de Enfermagem passíveis de ser realizadas pelos enfermeiros especialistas em ESMP; (b) definir os princípios estruturais, incluindo indicações, contraindicações, número e duração das sessões para cada uma das intervenções psicoterapêuticas de Enfermagem identificadas; e (c) definir os conteúdos mínimos que cada intervenção psicoterapêutica de Enfermagem deve conter.

Relativamente aos objetivos definidos, importa clarificar que um GOBP se trata de um documento em aberto, passível de revisão e atualização a cada quatro anos. Assim, ainda que eventualmente ausentes deste GOBP, podem futuramente vir a ser introduzidas novas intervenções, assim como novas indicações terapêuticas associadas às intervenções que já se encontram incluídas neste documento. De igual forma, importa enfatizar que a intervenção psicoterapêutica deve ser adaptada a cada pessoa enquanto ser único, pelo que os conteúdos definidos para cada intervenção se assumem como conteúdos mínimos para a intervenção, cuja organização / sistematização decorre necessariamente da avaliação realizada por parte do enfermeiro especialista em ESMP. Assim, não se pretende que a intervenção psicoterapêutica de Enfermagem seja encarada como um procedimento estandardizado, já que tal limita em muito uma (desejável) prestação de cuidados personalizada, leia-se, efetivamente centrada na pessoa.

Sob o ponto de vista da sua organização, o presente GOBP encontra-se dividido em quatro partes centrais: (a) a contextualização / enquadramento teórico, na qual se apresenta a definição de conceitos, assim como o estado da arte acerca da intervenção psicoterapêutica de Enfermagem a nível nacional e internacional; (b) os princípios metodológicos, ou seja, a apresentação e justificação das principais opções metodológicas assumidas para a concretização deste trabalho; (c) os pressupostos / requisitos para a intervenção, parte na qual são abordadas as particularidades da intervenção psicoterapêutica individual, familiar e em grupo; e (d) as intervenções psicoterapêuticas de Enfermagem, onde se apresentam as intervenções, a estrutura proposta para as mesmas e os conteúdos mínimos que devem compor cada uma delas.

De modo a concretizar a elaboração deste GOBP, recorreu-se a um método centrado, essencialmente, na revisão narrativa da literatura. A cada indicação terapêutica (diagnóstico de Enfermagem) procurou-se associar um nível de evidência, tendo estes sido classificados de acordo com as recomendações do Joanna Briggs Institute (2013). Nos casos em que a literatura consultada apresentava diferentes perspetivas acerca de uma mesma matéria, ou em que não existia evidência disponível, as decisões foram tomadas por consenso de peritos dentro do grupo de trabalho.

Finalmente, no que concerne às fontes utilizadas para a elaboração deste GOBP, as citações e referências bibliográficas apresentadas ao longo do documento foram elaboradas de acordo com as normas da 7ª edição da American Psychological Association (APA).

1

**CONTEXTUALIZAÇÃO /
ENQUADRAMENTO
TEÓRICO**

1. DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

Os conceitos são a base da construção de todo o conhecimento. No âmbito do presente Guia Orientador de Boas Práticas importa definir os mesmos, no sentido de clarificar a sua abrangência e delimitação.

1.1. Psicoterapia

Historicamente consideram-se duas abordagens principais na evolução da psicoterapia: a psicoterapia psicodinâmica, que tem a sua origem histórica no trabalho de Freud, e a terapia comportamental, que envolve a aplicação das teorias que nasceram a partir do trabalho de Pavlov e os princípios do condicionamento (Bateman et al., 2010). Desde então, e ao longo dos anos, assistiu-se a um fenómeno de crescimento da psicoterapia.

Nos anos 60 existiam cerca de 60 diferentes formas de psicoterapia, em 1975 existiam mais de 125, em 1980 contavam-se 200, e em meados dos anos 80 existiam mais de 400 variantes (Bergin & Garfield, 1994, cit. por Bateman et al., 2010). Entre estas novas psicoterapias, poucas, se algumas, receberam a avaliação sistemática de prática baseada na evidência que atualmente se impõe (Bateman et al., 2010).

Segundo Prochaska e Norcross (2018) nenhuma definição única de psicoterapia tem aceitação universal. Dependendo da orientação teórica, a psicoterapia tem sido alvo de diferentes conceptualizações podendo, de uma forma abrangente, ser definida como:

“the informed and intentional application of clinical methods and interpersonal stances derived from established psychological principles for the purpose of assisting people to modify their behaviors, cognitions, emotions, and/or other personal characteristics in directions that the participants deem desirable” (Norcross, 1990, cit. por Prochaska & Norcross, 2018, p. 2).

Segundo os autores, a abrangência da definição permite um equilíbrio razoável e relativamente neutro em relação à teoria e método. Portanto, esta é suficientemente generalista para englobar diferentes abordagens e orientações, mantendo o foco de um objetivo que é comum.

Esta abrangência é também clara na definição da European Association of Psychotherapy (EAP) (s.d.), que considera que a psicoterapia engloba uma variedade de abordagens e métodos que envolvem um tratamento psicológico dirigido a dificuldades ou perturbações psicológicas, emocionais e relacionais. Acrescenta ainda que cada abordagem é baseada num corpo teórico, metodológico e de investigação bem estabelecidos. Assim, a EAP (2003, cit. por EAP, 2021, p. 1) define psicoterapia como:

“the comprehensive deliberate and planned treatment or therapeutic intervention on the basis of a general and special training of disturbances of behavior and states of disordered condition, or wider personal developmental need, connected

with psycho-social and also psychosomatic factors and causes, by means of scientific psychotherapeutic methods, in an interaction between one or several treated persons, and one or several psychotherapists, with the objective of mitigating or eliminating the established symptoms, to change disturbed patterns of behavior and attitudes, and to promote a process of maturing, development, sanity and well-being in the treated person”.

A mesma Associação (EAP, 2021, p. 1) enuncia na “Strasbourg Declaration on Psychotherapy” (1990) que:

- 1. “Psychotherapy is an independent scientific discipline, the practice of which represents an independent and free profession.*
- 2. Training in psychotherapy takes place at an advanced, qualified and scientific level.*
- 3. The multiplicity of psychotherapeutic methods is assured and guaranteed.*
- 4. A full psychotherapeutic training covers theory, self-experience, and practice under supervision. Adequate knowledge of various psychotherapeutic processes is acquired.*
- 5. Access to training is through various preliminary qualifications, in particular human and social sciences”.*

Segundo a EAP (s.d.), a psicoterapia é essencialmente uma terapia “falada” podendo os psicoterapeutas, no entanto, usar uma variedade de métodos incluindo arte, música, drama e movimento. As sessões podem ser individuais, incluir o companheiro ou familiar, de grupo, e/ou englobar especialidades (por exemplo, especialização na infância/adolescência).

A psicoterapia pode ser de longa ou curta duração, sendo que algumas abordagens se focam no tratamento (resolução de sintomas). São direcionadas à cognição e ao comportamento, enquanto outras têm como objetivo mudanças na personalidade ou o desenvolvimento emocional. Diferentes abordagens podem ser indicadas ou apropriadas de acordo com o problema identificado ou a preferência do utente (EAP, s.d.).

Wampold e Imel (2015, p. 37) abordam também a questão do conceito, considerando também para o efeito os objetivos da psicoterapia e os papéis dos intervenientes na relação. Assim, segundo estes:

“Psychotherapy is a primarily interpersonal treatment that is (a) based on psychological principles, (b) involves a trained therapist and a client who is seeking help for a mental disorder, problem, or complaint, (c) is intended by the therapist to be remedial for the client disorder, problem, or complaint, and (d) is adapted or individualized for the particular client and his or her disorder, problem, or complaint”.

A relação terapêutica é hoje a única grande área de convergência entre os psicoterapeutas (Prochaska & Norcross, 2018). A relação com o psicoterapeuta é assim um elemento crucial na terapia que surge como fator crítico da predição do sucesso de um processo psicoterapêutico (EAP, s.d.).

1.2. Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem

Remonta a 2011 (Ordem dos Enfermeiros) a publicação do Regulamento que refere que os enfermeiros especialistas em ESMP têm competência para prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico. Esta publicação tem como princípio que “intervenção psicoterapêutica em enfermagem” e o exercício profissional de “psicoterapia” são conceitos distintos. No entanto, e apesar de 10 anos passados, não existe uma definição clara do termo “intervenção psicoterapêutica”.

Na literatura internacional os conceitos de psicoterapia e intervenção psicoterapêutica são sobreponíveis. No entanto, como já vimos, a psicoterapia é definida de uma forma abrangente por vários autores e admite-se que

“the practitioners of psychotherapy are becoming more numerous and diverse (...) Social work, school psychology, nursing, pastoral counseling, marriage and a family therapy, licensed professional counseling, substance abuse counseling, as well as a host of paraprofessionals also participate in a variety of psychotherapeutic practices” (Lambert, 2013, p. 10).

A distinção destes conceitos é importante no sentido de melhor contextualizar a intervenção de Enfermagem. Assim, esta deve ser feita a partir do sujeito envolvido, ou seja, não existindo uma distinção clara relativamente aos objetivos e à natureza da relação envolvida, a diferença entre “psicoterapia” e “intervenção psicoterapêutica” centra-se na formação e abordagem do terapeuta: corpo teórico, experiências formativas e desenvolvimento pessoal. É sabido, por exemplo, que a formação tendo em vista o exercício da profissão de psicoterapeuta realizada numa sociedade científica implica não só o domínio conceptual da escola psicoterapêutica, mas também um percurso sólido que engloba a supervisão do trabalho e o desenvolvimento pessoal.

Se partirmos desta base, e mantendo o carácter mais abrangente dos conceitos, “intervenção psicoterapêutica em Enfermagem” pode também ser definida de acordo com os seus intervenientes e objetivo. Assim, a

“intervenção terapêutica em Enfermagem é entendida como um processo que se baseia na relação interpessoal desenvolvida entre o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e a pessoa, no qual o estabelecimento da relação de confiança e ajuda permite que todos os atores envolvidos cresçam e se desenvolvam de forma autónoma, construindo em parceria novas explicações e razões para os problemas identificados” (Sampaio et al., 2016, p. 12).

De acordo com a Horatio – European Psychiatric Nurses (Horatio, 2012), devem ser evitados os monopólios profissionais no que concerne à prestação de cuidados de âmbito psicoterapêutico, sendo que:

- a) *os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, devidamente formados, devem ser incorporados nos serviços de patologias mentais significativas e complexas que requeiram uma abordagem combinada de âmbito psicoterapêutico e psicofarmacológico;*
- b) *os enfermeiros que não realizem psicoterapias, mas que apoiem as pessoas que são alvo das mesmas, devem ser formados de modo a complementar o trabalho do psicoterapeuta” (Sampaio et al., 2014, p. 105).*

Para fins de elaboração deste GOBP, assumiu-se a intervenção psicoterapêutica de Enfermagem como sendo uma intervenção que consiste na aplicação informada e intencional de técnicas de psicoterapia e que assenta nos seguintes princípios (Sampaio et al., 2014):

- Ser estruturada, sistematizada, progressiva e sequencial;
- Ser realizada por um enfermeiro especialista em ESMP;
- Ser baseada em um ou mais racionais teóricos de Psicoterapia;
- Decorrer da identificação de um diagnóstico de Enfermagem no âmbito da Saúde Mental;
- O utente deve apresentar um papel ativo e ter, necessariamente, alguma consciência de si;
- O número de sessões deve ser compreendido entre três e doze;
- Ter, na sua base, a relação terapêutica e a comunicação interpessoal entre o enfermeiro e o utente;
- O objetivo deve ser a mudança ou a redução de um estado percebido como negativo pelo utente através da definição prévia de metas mútuas entre o enfermeiro e o utente.

2. ESTADO DA ARTE

As questões e temas em apreço são de complexidade evidente, tanto mais que, nos últimos anos, temos assistido a desenvolvimentos díspares do tema no contexto internacional. No entanto, a intervenção psicoterapêutica em Enfermagem assume cada vez mais um papel de notória relevância e, em Portugal, temos assistido ao seu desenvolvimento, imprescindível na consolidação desta intervenção especializada.

2.1. Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem a Nível Internacional

A identificação e análise da intervenção psicoterapêutica no contexto internacional apresenta-se extremamente desafiante e difícil. Será importante reforçar que, neste contexto, não existe uma distinção clara entre psicoterapia e intervenção psicoterapêutica, salientando-se que cada país tem um enquadramento legal e contextual específico.

A realidade da intervenção psicoterapêutica apresenta-se como uma temática pouco consensual e de elevada complexidade. A posição dos diferentes países pode oscilar entre medidas mais restritivas no seu quadro legislativo e medidas mais liberais na sua aplicação. Contudo, parece existir um aparente consenso relativamente à necessidade do grau académico de mestre para a realização de intervenções psicoterapêuticas (EAP, 2021; Horatio, 2012).

Apesar da existência de uma realidade internacional multifacetada, as condições para a prática de psicoterapia encontram-se formalmente definidas pelo World Council of Psychotherapy (WCP), que reconhece e reitera as recomendações da EAP de pelo menos 3200 horas de formação que devem contemplar formação inicial em ciências sociais e humanas, e formação específica numa modalidade psicoterapêutica com pelo menos 1400 horas de duração (formação teórico-prática, prática clínica, supervisão clínica e psicoterapia pessoal) (EAP, 2021; Horatio, 2012). Contudo, as especificidades de cada país e a ausência de homologação formal apresentam-se como um constrangimento importante para o desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas pelos enfermeiros especialistas em ESMP.

Será importante realçar que a implementação de terapias por enfermeiros remonta ao século XX, com elevado crescimento nos anos 50 nos Estados Unidos da América (EUA). A partir dos anos 70 existiu um desenvolvimento sustentado de diferentes tipos de terapias que poderiam ser aplicados por enfermeiros e integrados nos diferentes modelos conceptuais de Enfermagem. Lappenen Montgomery e Webster (1994, cit. por Horatio, 2012) acentuam que este crescimento se deveu ao facto de a abordagem tradicional à psicoterapia não conseguir satisfazer as necessidades relacionadas com a acessibilidade, eficiência e responsabilidade dos serviços de saúde mental. Por conseguinte,

as diferentes teóricas de Enfermagem procuraram combinar diferentes formas de psicoterapia com modelos de Enfermagem que permitissem dar resposta às necessidades da pessoa. Atualmente, qualquer intervenção psicoterapêutica de Enfermagem nos EUA é desenvolvida por Advanced Nurse Practitioners (ANP), contextualizadas no paradigma holístico de Enfermagem (Horatio, 2012).

No Reino Unido, o desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas por enfermeiros iniciou-se nos anos 70. Estes enfermeiros que não possuíam uma formação superior desenvolviam a sua intervenção junto de uma seleção de pessoas com um diagnóstico específico. Posteriormente, os enfermeiros deram um contributo muito importante para o desenvolvimento dos cuidados de saúde mental, nomeadamente nos cuidados de saúde primários com recurso às terapias breves. Num estudo mais recente, os enfermeiros têm vindo a aumentar a sua participação em diferentes terapias, particularmente no uso da terapia cognitivo-comportamental (Horatio, 2012).

Será importante realçar que os enfermeiros especialistas em ESMP, em muitos países, têm vindo a desenvolver intervenções psicoterapêuticas ao longo dos anos e que, não só, não existe qualquer evidência científica que sustente que estes não sejam capazes de as realizar (Horatio, 2012), como ainda existem diferentes estudos que comprovam a sua efetividade (Sampaio et al., 2015).

Existe, no contexto europeu, uma falta de uniformização do enquadramento legal para a prática de intervenções psicoterapêuticas por enfermeiros, designadamente no controlo de qualidade dos programas formativos, enquadramento ético e serviços de coordenação nacionais. Por conseguinte, de acordo com as especificidades históricas e culturais de cada país serão colocadas diferentes condições para o desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas por enfermeiros especialistas em ESMP (Quadro 1).

Quadro 1 – Condições que influenciam a Intervenção Psicoterapêutica (Horatio, 2012)

Condições	Países
Pouca ou nenhuma regulação.	Islândia, Bélgica e Finlândia
Cultural e historicamente apenas psicólogos ou psiquiatras podem desenvolver uma intervenção psicoterapêutica.	Alemanha, Holanda, Lituânia, Suíça, Itália e Rússia
Necessidade de desenvolver uma enfermagem especializada.	Eslováquia
Intervenção em utentes com patologia específica supervisionada por um psiquiatra.	República Checa e Croácia
Acesso livre e respeito pelas normas da EAP	Irlanda, Reino Unido, Holanda
Países com problemas nas indicações terapêuticas definidas pelas companhias de seguros	Suíça, Alemanha e Holanda

Deste modo, existem países com regulação reduzida ou inexistente (Islândia, Bélgica, Finlândia), outros nos quais o contexto histórico-cultural se apresenta como um constrangimento à realização de psicoterapia por parte de enfermeiros especialistas em ESMP, permitindo apenas a sua execução por psiquiatras ou psicólogos (Alemanha, Holanda, Lituânia, Suíça, Itália, Rússia), e alguns países ainda necessitam de desenvolver a disciplina de Enfermagem para que possam desenvolver práticas especializadas (Eslováquia). Outros países permitem o desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas desde que sob a supervisão de um psiquiatra (República Checa, Croácia). Existem países em que, pelo seu modelo de financiamento de cuidados de saúde, as seguradoras podem determinar que serviços são compartilhados e quais os profissionais que estão habilitados para os poderem desempenhar (Suíça, Alemanha, Holanda). Existe ainda um grupo de países que têm livre acesso à possibilidade de desenvolver intervenções psicoterapêuticas que seguem as orientações da EAP (Irlanda, Reino Unido e em teoria a Holanda) (Horatio, 2012).

Num contacto formal com a Presidente da Horatio – European Psychiatric Nurses, Prof. Nina Killkku, esta acentuou a desigualdade existente entre os diferentes estados europeus no acesso, tipo de formação e desempenho de intervenções psicoterapêuticas. Cumulativamente, reforçou que estas desigualdades não eram exclusivas da profissão de Enfermagem, mas antes um desafio que se apresenta como transversal a outras profissões, sendo importante identificar e reconhecer as circunstâncias dessas diferenças. A ausência de uniformização encontra-se patente na educação, no reconhecimento legal, na prática clínica ou no tipo de abordagem psicoterapêutica.

No contexto internacional, os enfermeiros especialistas em ESMP com os requisitos mínimos definidos pela EAP e pelo WCP reúnem as condições necessárias para integrar programas de formação psicoterapêuticos. Como tal, o desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas deverá ser acessível aos enfermeiros especialistas em ESMP, com ganhos em saúde alicerçados na evidência científica (Horatio, 2012).

2.2. Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem em Portugal

O processo de sistematização e formalização da intervenção psicoterapêutica em Enfermagem em Portugal tem sido desenvolvido quase em simultâneo com o processo de criação do Colégio da Especialidade de ESMP pela Ordem dos Enfermeiros. Assim, apesar da existência da Especialidade em ESMP há várias décadas, o esforço de uniformização dos critérios necessários para a sua atribuição tem sido maioritariamente desenvolvido nos últimos 11 anos. No que concerne à área de competência do enfermeiro especialista, esta encontrava-se definida de forma redutora pelo conteúdo funcional

existente nas carreiras de Enfermagem, sem qualquer diferenciação ou especificidade relacionada com a área de especialidade, nomeadamente as intervenções psicoterapêuticas.

Em 2010, iniciou-se a formalização da individualização das especialidades clínicas em Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2010a) e o processo de definição das competências necessárias para a atribuição do título de especialista em ESMP com recurso a um estudo Delphi (Departamento de Sistemas de Informação, 2010) para traçar o perfil de competências do enfermeiro especialista em ESMP. Por conseguinte, este estudo adquiriu particular relevância no ato fundador do desenvolvimento das intervenções psicoterapêuticas de Enfermagem pelo elevado consenso entre os peritos na inclusão destas no perfil de competências do enfermeiro especialista em ESMP (Departamento de Sistemas de Informação, 2010). Em setembro desse mesmo ano foi aprovado o regulamento interno do Colégio da Especialidade em ESMP (Ordem dos Enfermeiros, 2010b), e em novembro o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em ESMP (Ordem dos Enfermeiros, 2010c). O enfermeiro especialista em ESMP poderia prestar, no âmbito da sua intervenção, “cuidados de âmbito psicoterapêutico (...) à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar e de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2010c, p. 7). Assim, passa a existir o reconhecimento formal das competências psicoterapêuticas do enfermeiro especialista em ESMP, considerando a implementação de intervenções psicoterapêuticas na restauração da saúde mental e prevenção da incapacidade, promoção do “*insight*” e do desenvolvimento de estratégias adaptativas, bem como permitir a expressão emocional e a vivência de experiências gratificantes (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Será importante salientar a distinção entre intervenções psicoterapêuticas e psicoterapia no âmbito da Ordem dos Enfermeiros através da certificação de uma competência acrescida avançada em psicoterapia, que exige a realização de formação num modelo psicoterapêutico específico com requisitos bem definidos (Ordem dos Enfermeiros, 2019). No entanto, ressaltam-se as condições desiguais no acesso pelos enfermeiros à formação em algumas escolas psicoterapêuticas, quer pela impossibilidade de realização da formação, quer pelo percurso formativo exigido quando a frequência é possível, estrangimentos esses que não dispõem de qualquer evidência científica para a sua aplicação.

Nos últimos anos existiram dois marcos importantes no desenvolvimento das intervenções psicoterapêuticas de Enfermagem: primeiro, a identificação das intervenções psicoterapêuticas desenvolvidas no âmbito de Enfermagem (Sampaio, 2017a; Sampaio et al., 2016); e em segundo, o desenvolvimento de um Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem (Sampaio et al., 2018).

2.3. Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem

A distinção clara entre os termos “psicoterapia” e “intervenção psicoterapêutica” é o primeiro passo para uma clara definição concetual e, acima de tudo, para a delimitação da ação do enfermeiro especialista em ESMP no domínio da intervenção psicoterapêutica. Seguidamente, é fulcral conhecer a realidade nacional e internacional no que concerne à realização de intervenções psicoterapêuticas por parte dos enfermeiros especialistas em ESMP, sobretudo porque existem diferenças ao nível do papel do enfermeiro que resultam da regulamentação da profissão de Enfermagem de cada país.

Contudo, para além destes aspetos, parece particularmente relevante que a intervenção psicoterapêutica de Enfermagem assente num conhecimento disciplinar próprio e que apresente uma estrutura bem definida. Nesse sentido, foi consensualizado pelo grupo de trabalho que as intervenções psicoterapêuticas de Enfermagem integradas neste GOBP deveriam seguir as seguintes premissas (Sampaio et al., 2017):

- Assentar integralmente em sistemas de linguagem classificada de Enfermagem, incluindo a taxonomia NANDA International, Inc. (NANDA-I) (Herdman et al., 2021), a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (International Council of Nurses [ICN], 2019), a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) (Butcher et al., 2018) e a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) (Moorhead et al., 2018);
- Recorrer a uma abordagem psicoterapêutica integrativa;
- Recorrer a uma abordagem psicoterapêutica de curta a média duração (3 a 12 sessões);
- Ser compostas por sessões com uma duração variável entre 45 e 60 minutos;
- Ser realizadas em contexto de internamento e/ou de ambulatório.

Antes de se avançar para a execução de uma intervenção importa, numa sessão prévia (sessão 0), realizar uma avaliação mental do utente. Assim, nessa avaliação devem ser tidos em consideração os aspetos apresentados no Quadro 2 servindo este, igualmente, para apreciar se o utente reúne ou não critérios para ser integrado na intervenção (por via da avaliação da presença de um ou mais dos critérios de exclusão) (Sampaio, 2017b).

Quadro 2 – Domínios da Avaliação Inicial e Critérios de Exclusão de Utentes

Avaliação Inicial (Domínios a Considerar)	
Comportamento	Preservação do status mental
Processos de pensamento	Linguagem
Estado afetivo	Dificuldades de perceção
Memória	Status físico e satisfação das necessidades
Capacidade de adaptação	Capacidade funcional
Aparência física	Necessidade de conhecimentos em saúde
Risco de agressão auto ou heterodirigida	
Critérios de Exclusão de Utentes	
Estado confusional	Défice cognitivo grave
Agitação psicomotora	Sintomatologia heteróloga grave

A intervenção psicoterapêutica deve assentar numa abordagem integrativa, na qual pode ser realizada uma combinação de diferentes técnicas, oriundas de diversas escolas de psicoterapia, que visam ir de encontro às reais necessidades do utente (Norcross, 2005). Essa abordagem implica necessariamente que o enfermeiro especialista em ESMP, ao selecionar a “linha” psicoterapêutica a utilizar, faça uso dos princípios inerentes à mesma. Assim, por exemplo, caso o enfermeiro considere que o utente tem capacidade intrínseca para a resolução de determinado problema e, como tal, opte por uma intervenção psicoterapêutica da linha humanista (ex.: aconselhamento), é essencial que este mantenha uma postura assente na congruência, na empatia e na aceitação incondicional, que encare o utente tendo em conta a sua natureza individual e não segundo o seu contexto patológico, e que o ajude na concretização da sua tendência autoatualizante (Sampaio et al., 2018).

Importa, ainda assim, distinguir claramente entre a abordagem integrativa preconizada para a intervenção psicoterapêutica de Enfermagem e o ecletismo técnico. Assim, enquanto neste último se defende uma combinação paradigmática de técnicas com base na eficácia clínica observada ou presumida (Safran & Messer, 1997), sem que seja estritamente necessário adotar o sistema teórico associado a estas, a abordagem integrativa envolve, igualmente, a ligação entre a teoria, a evidência e a técnica, isto é, foca-se na relação entre a prática e as suas bases teóricas e empíricas (Norcross, 2005).

Por conseguinte, é essencial que, ao realizar uma intervenção psicoterapêutica, o enfermeiro especialista em ESMP se baseie em alguns princípios teóricos já existentes, não apenas no que concerne à postura a adotar mediante a(s) intervenção/ões selecionada(s), mas também ao nível das intervenções passíveis de ser selecionadas para dar res-

posta ao(s) diagnóstico(s) de Enfermagem identificado(s). Para a realização deste trabalho é francamente útil o recurso ao livro “Ligações NANDA-NOC-NIC: Condições clínicas: Suporte ao raciocínio e assistência de qualidade” (Johnson *et al.*, 2013). Um exemplo da operacionalização deste processo encontra-se descrito no Quadro 3.

Quadro 3 – Ligações entre o Diagnóstico de Enfermagem “Baixa Autoestima Situacional”, as Intervenções Psicoterapêuticas NIC e os Resultados NOC

Diagnóstico de Enfermagem (código CIPE®/ NANDA-I)	Intervenções de Enfermagem (código NIC)	Resultados de Enfermagem (código NOC)
Baixa autoestima situacional (10000844/00120)	<i>Intervenção Principal</i>	Autoestima (1205)
	Melhoria do <i>coping</i> (5230)	
	Melhoria da autoestima (5400)	
	<i>Intervenções Sugeridas</i>	
	Treino da assertividade (4340)	
	Reestruturação cognitiva (4700)	
	Aconselhamento (5240)	
	Intervenção na crise (6160)	
	Facilitação do processo de pesar (5290)	
	<i>Intervenções Opcionais</i>	
Melhoria da socialização (5100)		
História de vida		

No exemplo apresentado o enfermeiro especialista em ESMP, necessariamente (por se tratar de uma intervenção principal), deve realizar as intervenções psicoterapêuticas NIC “Melhoria do *coping*” e “Melhoria da autoestima”. Adicionalmente pode realizar uma ou mais das intervenções sugeridas e/ou opcionais, mas privilegiando, naturalmente, as primeiras. A intervenção “História de vida” não se encontra classificada na NIC, mas pelo facto de esta classificação não conter quaisquer intervenções do domínio psicodinâmico / psicanalítico, considerou-se relevante a sua inclusão. Pelo facto de, claramente, a autoestima poder ser tratada por via da abordagem psicodinâmica (ex.: Ritter *et al.*, 2013), optou-se também por incluir a intervenção como “opcional” para o diagnóstico de Enfermagem “Baixa autoestima situacional”, devendo recorrer-se à mesma no caso de o enfermeiro considerar que a baixa autoestima apresentada pelo utente tem relação com acontecimentos de vida passados.

Em suma, todas as intervenções psicoterapêuticas devem ser dirigidas a um diagnóstico de Enfermagem e a sua eficácia deve ser avaliada, sempre que estes se encontrem disponíveis, por resultados NOC.

2

**PRINCÍPIOS
METODOLÓGICOS**

O presente GOBP foi elaborado tendo por base as “Recomendações para a Elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados”, emanadas pela Comissão de Formação da Ordem dos Enfermeiros em julho de 2007. Importa, ainda assim, enfatizar que o documento em causa assume um cariz de “recomendação”, pelo que foram realizadas algumas adaptações julgadas pertinentes tendo em vista a prossecução dos objetivos definidos para este GOBP.

Assim, num primeiro momento constituiu-se o grupo de trabalho, proposto pela MCEESMP ao Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros, tendo este último procedido à sua nomeação. O grupo de trabalho foi composto por enfermeiros especialistas em ESMP que se considerou serem peritos no domínio da intervenção psicoterapêutica. Assim, a maioria dos elementos do grupo tinha formação avançada em psicoterapia realizada em sociedades científicas (sendo alguns deles detentores da competência acrescida avançada em Psicoterapia atribuída pela Ordem dos Enfermeiros) ou formação pós-graduada no domínio da psicoterapia ou intervenção psicoterapêutica.

Para a concretização deste GOBP, nomeadamente no que concerne à seleção das intervenções psicoterapêuticas de Enfermagem a incluir no mesmo, utilizou-se como base a versão mais atual da NIC. Assim, inicialmente, o grupo de trabalho analisou a NIC e consensualizou, tendo por base a literatura consultada nesse domínio, que intervenções constantes na mesma eram passíveis de ser consideradas psicoterapêuticas. Ainda que a NIC tenha servido de base, algumas intervenções foram alteradas no que concerne à sua nomenclatura por, na NIC, se apresentarem formuladas como denotando uma intenção (objetivo), e não verdadeiramente como uma intervenção. De igual modo, foi também consensualizada pelo grupo de trabalho a inclusão de intervenções que, ainda que não constassem da NIC, se apresentassem na literatura como potenciais intervenções psicoterapêuticas de Enfermagem.

Para realizar a seleção das intervenções foi necessário definir, primeiramente, que critérios deveria ter uma intervenção de Enfermagem para que esta pudesse ser considerada psicoterapêutica. No cumprimento desse desígnio, e indo de encontro aos resultados do estudo de *focus group* realizado por Sampaio et al. (2014), considerou-se que uma intervenção psicoterapêutica tinha, necessariamente, que apresentar as seguintes características: (a) ser estruturada, sistematizada, progressiva e sequencial; (b) ser baseada em um ou mais racionais teóricos de psicoterapia; (c) ser uma intervenção na qual o utente apresenta um papel ativo e tem alguma consciência de si; (d) ter como objetivo a mudança ou a redução de um estado percebido como negativo pelo utente, por via da definição prévia de metas mútuas entre o enfermeiro e o utente.

Tendo em vista a estruturação e definição dos conteúdos mínimos que cada intervenção psicoterapêutica de Enfermagem deveria conter, foi realizada uma revisão narrativa da literatura com recurso a pesquisa em livros e/ou capítulos de livros disponíveis em bibliotecas, em dissertações e/ou teses de trabalhos conferentes de grau, e nas bases de dados *online* Academic Search Ultimate, MEDLINE Complete, eBook Subscription Psychology Collection (Trial), Education Source, SPORTDiscus with Full Text, CINAHL

Plus with Full Text, MedicLatina, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Business Source Complete, eBook Collection (EBSCOhost), ERIC, Library, Information Science & Technology Abstracts, Academic Search Complete, MEDLINE with Full Text, Regional Business News, SciELO e Web of Science Core Collection.

Para cada uma das intervenções psicoterapêuticas de Enfermagem foram determinadas as suas indicações, igualmente com recurso à revisão narrativa da literatura. Para a sua concretização, a evidência selecionada teve por base a fidedignidade científica da sua fonte e a temporalidade (tendo sido dada preferência aos artigos científicos mais recentes, desde que publicados em revistas com fator de impacto). Portanto, recorreu-se essencialmente à evidência científica mais recente, com exceção de alguns autores e modelos que constituem marcos no desenvolvimento de conceitos, teorias e intervenções, cuja inclusão neste GOBP se considerou igualmente pertinente. Os níveis de evidência utilizados para classificar a eficácia de cada intervenção psicoterapêutica na resposta a cada diagnóstico de Enfermagem tiveram por base as recomendações do Joanna Briggs Institute (2014) (Anexo I). Aliás, foi orientação do grupo de trabalho que a indicação clínica de cada intervenção, para determinado diagnóstico de Enfermagem, fosse sustentada em evidência resultante de estudos, pelo que foi sempre apresentado o nível de evidência mais elevado encontrado na literatura.

Os diagnósticos de Enfermagem apresentados ao longo do GOBP seguem tendencialmente a nomenclatura preconizada pelo ICN (2019), sendo que a grande maioria se encontra já incluída na Ontologia de Enfermagem. Ainda assim, em alguns casos pontuais nos quais se encontrou evidência científica acerca da eficácia de uma dada intervenção na resposta a um diagnóstico de Enfermagem não constante na Ontologia, foi consensualizada pelo grupo de trabalho a pertinência da sua inclusão.

No que concerne aos instrumentos de avaliação a utilizar para avaliar a eficácia das intervenções psicoterapêuticas de Enfermagem optou-se, sempre que possível, pelo recurso aos resultados constantes na versão mais atual da NOC. Contudo, em alguns casos não se encontraram na NOC resultados de Enfermagem que permitissem a avaliação da eficácia das intervenções. Nesses casos, optou-se por incluir, por consenso entre o grupo de trabalho, outros instrumentos de avaliação desde que devidamente traduzidos e validados, no que concerne às suas propriedades psicométricas, para a população portuguesa.

De acordo com Sampaio et al. (2017), os diagnósticos de Enfermagem devem ser expressos em linguagem classificada preconizada pelo ICN ou pela NANDA-I, sendo que neste caso se optou pelo recurso à linguagem preconizada pelo ICN por ser aquela que se encontra presente nos sistemas de informação de Enfermagem em Portugal, bem como na Ontologia de Enfermagem. De igual forma, Sampaio et al. (2017) recomendam o recurso preferencial a intervenções classificadas na NIC e aos resultados NOC enquanto instrumentos de avaliação dos ganhos em saúde / eficácia das intervenções. Importa referir que ao recomendar a utilização das intervenções NIC e dos resultados NOC, era sabido que a maioria destas intervenções e resultados não tinham ainda sido sujeitos a

processos de validação clínica em Portugal, daí que ao serem apresentadas as intervenções esteve subjacente o consenso do grupo de trabalho. Tendo em vista a ligação entre as intervenções NIC e os resultados NOC, foi discutida a relação entre os indicadores que os compunham, o diagnóstico, e a intervenção.

Finalmente, no que diz respeito às contraindicações para cada intervenção psicoterapêutica de Enfermagem, procurou-se encontrar evidência que suportasse as mesmas. Sempre que essa evidência era clara, optou-se pelo recurso à mesma; contudo, em algumas situações a literatura era pouco consensual, chegando mesmo a verificar-se algumas dissonâncias entre diferentes autores. Nessas situações, a tomada de decisão foi realizada por consensos por parte do grupo de trabalho.

Em termos de organização, foi criado um *template* uniformizador da informação a apresentar para cada intervenção psicoterapêutica de Enfermagem. Assim, para cada uma das intervenções procurou-se descrever os seguintes aspetos:

- Definição da intervenção;
- Enquadramento / fundamentação;
- Objetivo da intervenção;
- Indicações terapêuticas, resultados de Enfermagem e instrumentos de avaliação;
- Contraindicações / critérios de exclusão da intervenção;
- Procedimento.

3

**PRESSUPOSTOS
PARA A
INTERVENÇÃO**

1. PRESSUPOSTOS PARA A INTERVENÇÃO INDIVIDUAL

A intervenção psicoterapêutica individual pode ser definida como uma relação entre duas pessoas, sujeita às distorções comuns a qualquer relação diádica, especialmente àquelas em que ambos os elementos da relação (enfermeiro e utente) se encontram a trabalhar juntos, para atingir uma meta mutuamente acordada (Beitman, 1990). No contexto da Enfermagem, e de acordo com o Regulamento n.º 515/2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018), de 7 de agosto, apenas o enfermeiro especialista em ESMP tem a competência específica que lhe permite o planear e executar intervenções psicoterapêuticas. Baseado neste enquadramento, serão apresentadas nos próximos subcapítulos algumas considerações gerais acerca da intervenção psicoterapêutica individual, o processo terapêutico que lhe subjaz, e as vantagens e desvantagens da mesma quando comparada com a intervenção psicoterapêutica grupal.

1.1. Considerações Gerais

No que concerne à intervenção psicoterapêutica individual, para além da sua definição formal, existem quatro aspetos genéricos que importa considerar (Beitman, 1990):

- a) Mais importante do que tudo o resto é a capacidade de o enfermeiro fazer escolhas baseadas em influências que transcendem qualquer teoria psicoterapêutica ou requisito de um utente específico.
- b) Mais importante do que qualquer teoria psicoterapêutica que o enfermeiro domine é a relação estabelecida entre este e o utente.
- c) A relação estabelecida entre o enfermeiro e o utente, tal como todas as relações interpessoais, é marcadamente influenciada pelo tempo.
- d) A linha temporal através da qual a díade relacional evolui pode ser fracionada em estádios. Esses estádios permitem contextualizar as decisões tomadas acerca da relação e as suas potenciais direções.

Outro aspeto que tende a ser frequentemente analisado prende-se com a eficácia da intervenção psicoterapêutica individual, isto é, se esta apresenta resultados melhores, iguais ou piores do que a intervenção grupal. Assim, e desde logo, McRoberts et al. (1998) realizaram uma meta-análise na qual foram incluídos estudos que comparavam diretamente a eficácia de intervenções individuais e grupais. Os resultados obtidos foram semelhantes ao que a literatura já anteriormente vinha e tem vindo a apontar: não foram encontradas diferenças, ao nível dos resultados. Em estudos mais clássicos, tal como o estudo clínico controlado randomizado realizado por Budman et al. (1988), os resultados já haviam sido os mesmos no que concerne à eficácia da intervenção; contudo, era destacado que os utentes tendiam a ter preferência pela intervenção psicoterapêutica individual.

Em estudos mais recentes, como é o caso da meta-análise realizada em 2008 por Cuijpers et al., foram analisadas apenas as intervenções realizadas junto de pessoas com o diagnóstico de síndrome depressiva, verificou-se que a intervenção psicoterapêutica individual era, a curto prazo, mais eficaz do que a intervenção grupal, verificando-se ainda uma menor taxa de abandono da intervenção quando esta era realizada individualmente. Contudo, existem dúvidas acerca da utilidade clínica destes dados na medida em que aquando da realização de uma nova avaliação a médio prazo (*follow-up*), as diferenças na eficácia da intervenção encontravam-se já esbatidas.

1.2. O Início da Intervenção

Numa fase inicial da intervenção psicoterapêutica é extremamente importante começar a trabalhar, desde logo, no estabelecimento de uma aliança terapêutica com o utente. Esta, não deve ser confundida com qualquer técnica (psico)terapêutica; contudo, o recurso a técnicas adequadas promove uma boa aliança terapêutica. A aliança terapêutica é avaliável, a cada momento, a cada sessão, no final da intervenção, com uma questão que pode e deve ser respondida tanto pelo enfermeiro quanto pelo utente: “Quão bem estamos a trabalhar em conjunto para atingir o(s) objetivo(s) que mutuamente definimos para esta intervenção?”. Importa ainda não confundir os termos “aliança” e “relação”; assim, a aliança terapêutica é, na verdade, uma forma de olhar para a relação através da lente de um trabalho efetivo direcionado para o(s) objetivo(s) (Hatcher, 2010).

Uma forma de potenciar o desenvolvimento de uma aliança terapêutica é estabelecer um contrato terapêutico. O contrato terapêutico é um acordo estabelecido entre o enfermeiro e o utente relativamente ao tipo de intervenção ou relação que estes pretendem concretizar. Na realidade, trata-se de um acordo acerca do trabalho que irá ser realizado e serve, essencialmente, como ponto de partida mútuo para o estabelecimento de uma aliança terapêutica. Ressalva-se que, ainda que habitualmente o contrato terapêutico seja estabelecido no início da intervenção, este não tem que ser obrigatoriamente escrito e pode ser ajustado ao longo das sessões (Sills, 2006). Um dos aspetos que deve ser incluído no contrato terapêutico é a duração da intervenção psicoterapêutica, sendo que a literatura indica que a taxa de abandono da mesma é cerca de metade (32% vs. 64%) quando a intervenção é limitada no tempo, ou seja, quando logo numa fase inicial da intervenção o utente é informado do intervalo expectável de sessões que irão ser realizadas (Sledge et al., 1990).

No que se refere as indicações clínicas, ainda que existam algumas condições clínicas como a intervenção com pessoas com perturbação da personalidade (ex.: antissocial), que careçam de particular atenção antes de se propor a realização de um processo psicoterapêutico, contrariamente ao que sucede na intervenção psicoterapêutica grupal, não existem contraindicações absolutas à intervenção individual a não ser, naturalmente, aquelas que impeçam uma participação ativa do utente no processo (ex.: quadro confusional) (Sampaio et al., 2017).

Numa fase inicial da intervenção, importa acima de tudo, ter em atenção alguns aspetos relevantes tais como o *setting* no qual a mesma decorre. Deve ser essencialmente um espaço privado, confortável e informal. O enfermeiro não se deve sentar atrás de uma secretária, mas antes numa posição em que tanto o enfermeiro quanto o utente consigam ter acesso a uma visão integral do corpo e dos movimentos do outro (Kovitz, 1998). A entrevista deve iniciar-se de forma convencional, por exemplo, questionando o utente o que o levou a procurar este tipo de intervenção ou aquilo que o preocupa. Mas, logo que possível, o utente deve assumir o comando da entrevista no sentido de abordar o(s) tema(s) que este considera mais relevantes ou que mais o preocupam. O enfermeiro deve fazer perguntas abertas, preferindo questões do tipo “o quê” e “como” do que “porquê”, de modo a que o utente possa ir explorando e revelando o(s) seu(s) problema(s). Nesta fase é mais importante que o enfermeiro dê breves *feedbacks* verbais ou não verbais, demonstrativos de que está a escutar atentamente o utente, mais do que colocar novas questões. Na dúvida, é melhor escutar do que falar; quanto mais o enfermeiro escutar, melhor compreenderá o(s) problema(s) do utente (Kovitz, 1998).

Antes de dizer o que quer que seja, o enfermeiro deve ter o tempo necessário para estruturar a ideia antes de a devolver ao utente. Ainda que não intencionalmente, uma frase menos clara, ou seja, cuja interpretação possa ser negativa por parte do utente, pode colocar seriamente em causa a relação terapêutica ainda numa fase inicial do processo. Deve fazer uso do silêncio sempre que necessário, e permitir ao utente também ter momentos de silêncio, devendo este ser quebrado apenas caso seja constrangedor. No que diz respeito à atividade do enfermeiro, importa enfatizar que atividade desnecessária é nociva para a intervenção, na medida em que mantém o utente num papel passivo e inibe a sua espontaneidade; por outro lado, uma total ausência de atividade por parte do enfermeiro pode levar a que o utente sinta a intervenção como uma “perda de tempo” (Kovitz, 1998).

No início do processo psicoterapêutico, e concretamente durante a entrevista de colheita de dados, é essencial que o enfermeiro recorra a uma anamnese associativa, isto é, que não coloque questões em forma de interrogatório sistemático. Pois, ao fazê-lo, o utente irá ver o enfermeiro simplesmente como alguém que quer invadir a sua privacidade. É importante, utilizar um sistema menos invasivo de colheita de dados, numa lógica de associação livre, orientado para ter conhecimento da história pessoal do utente com questões que resultam sempre da exploração daquilo que o utente acabou de dizer, e não mudando radicalmente de tema (Kovitz, 1998).

1.3. O Processo Psicoterapêutico

No processo psicoterapêutico, a relação estabelecida entre o enfermeiro e o utente é fundamental. O utente tem que se sentir escutado e compreendido, pelo que o enfermeiro deve permitir que este sinta e se expresse da forma que lhe aprouver desde que,

naturalmente, não ultrapasse as barreiras / fronteiras que possibilitam um distanciamento entre o enfermeiro e o utente que lhes permita o estabelecimento de uma relação verdadeiramente terapêutica (Kovitz, 1998).

Durante o processo psicoterapêutico o utente não deve, em circunstância alguma, ser apenas um sujeito passivo. A título de exemplo, o utente muitas vezes sente receio de criticar a intervenção ou até mesmo o enfermeiro, e esse receio é parte do problema que justifica a necessidade de intervenção psicoterapêutica. A assertividade, incluindo o direito de discordar, de expressar insatisfação ou desapontamento, é um dos objetivos da intervenção. Portanto, sempre que o utente tiver estes sentimentos em relação à intervenção e/ou ao enfermeiro, não só lhe deve ser permitido a sua verbalização, como mesmo encorajada, já que tal pode ter um efeito francamente terapêutico (Kovitz, 1998).

No processo psicoterapêutico a empatia é essencial, sendo que esta não passa necessariamente por vivenciar a experiência do utente, mas antes por compreendê-la e por fazer um uso construtivo dessa compreensão. Outro aspeto relevante da intervenção são as interpretações, é impreterível ter parcimónia aquando do seu uso. Em alguns casos estas podem ser sentidas como ataques, pelo que, sempre que se pretender recorrer às mesmas, se deve garantir: (a) a proteção da autoestima e da moral do utente; e (b) a promoção das potencialidades do utente (Kovitz, 1998).

A resistência à intervenção é algo que pode surgir ao longo do processo psicoterapêutico, e que se pode manifestar das mais diversas formas: chegar atrasado à sessão, tentar estabelecer uma relação hiperfamiliar com o enfermeiro, não realizar os trabalhos de casa propostos pelo enfermeiro, intelectualizar as queixas de modo a evitar a exploração das emoções, etc. As resistências, não raras vezes, fazem parte do processo psicoterapêutico e aquilo que o enfermeiro não deve fazer é ignorá-las ou, com base nas mesmas, terminar a intervenção. As resistências devem ser claramente devolvidas ao utente e trabalhadas em parceria. Só nos casos em que estas não evoluem favoravelmente ao longo das sessões se deve ponderar o término da intervenção, na medida em que não existe uma evolução positiva em direção às metas comumente traçadas pelo enfermeiro e pelo utente (Kovitz, 1998).

Transferência / Contratransferência

A transferência trata-se de um fenómeno que ocorre na vida quotidiana em situações interpessoais; contudo, o termo é habitualmente utilizado para identificar as reações de um utente ao seu terapeuta. Embora a definição de transferência seja muito psicodinâmica na sua natureza, já que se refere aos sentimentos, atitudes, fantasias e/ou defesas face a uma pessoa no presente, que não são adequadas a essa mesma pessoa, e que traduzem um deslocamento de reações dirigidas a pessoas significativas do passado. Pode ocorrer em qualquer processo psicoterapêutico, independentemente do modelo / escola em que este se insere. Assim, enquanto que a transferência ocorre naturalmente

na vida social, esta pode ser francamente relevante clinicamente, na medida em que pode ser problemática em contexto psicoterapêutico e estar mesmo associada a psicopatologia (Cartwright, 2011).

O processo de transferência pode manifestar-se de diversas formas: extrema admiração / dependência do enfermeiro, paixão pelo enfermeiro, agressividade dirigida ao enfermeiro, possessividade em relação ao enfermeiro, etc. Para controlar este processo é essencial que o enfermeiro se mantenha atento às reações positivas / negativas que o utente lhe dirige, mas nunca que as ignore ou as provoque deliberadamente. O enfermeiro deve manter-se vigilante relativamente a emoções fortemente negativas, tais como desapontamento, raiva ou frustração experienciadas pelo utente no contexto da relação terapêutica. De igual modo, o enfermeiro deve manter-se atento a emoções fortemente positivas dirigidas a si pelo utente, tais como amor, excessiva idealização ou tentativas de mudar o foco de atenção da intervenção para o terapeuta. É fundamental que essas emoções, quando identificadas, sejam abordadas abertamente e trabalhadas no contexto da intervenção psicoterapêutica, na medida em que estas abrem espaço para a compreensão das relações passadas e presentes do utente (Prasko et al., 2010).

O termo contratransferência é mais utilizado para fazer referência às respostas cognitivo-afetivas do terapeuta relativamente ao utente. Sendo também um termo que deriva fortemente da concetualização Freudiana, a contratransferência é encarada como a influência do utente nos sentimentos inconscientes do terapeuta, uma manifestação dos assuntos não / mal resolvidos por parte do terapeuta e, naturalmente, como potencial limitação ao processo psicoterapêutico (Cartwright, 2011). A contratransferência pode manifestar-se de diversas formas. Por exemplo, pode levar ao desinteresse do enfermeiro num dado caso clínico, à atração física / sexual pelo utente, à crítica negativa / juízos de valor realizados acerca do utente, à sobreproteção / paternalismo em relação ao utente, etc. Estes tipos de contratransferência podem repercutir-se em algumas atitudes / comportamentos, ainda que potencialmente discretos, por parte do enfermeiro, tais como prolongar no tempo as sessões de intervenção psicoterapêutica, sentir-se inferiorizado quando está a lidar com utentes que apresentam traços narcísicos de personalidade, ou sentir-se desconfortável quando o utente é sexualmente atraente. Assim, é essencial que o enfermeiro se mantenha atento a estes pequenos sinais e que constantemente vá monitorizando os seus sentimentos que possam ser indiciadores de um fenómeno de contratransferência. Caso tal se verifique, o auxílio e discussão do caso com colegas mais experientes pode ser útil sendo que, caso o fenómeno de contratransferência seja trabalhado de forma positiva / construtiva, este pode mesmo servir como uma janela para a exploração das relações interpessoais do utente (Prasko et al., 2010).

O Término da Intervenção

Existem sinais que podem ser dados ao utente, de forma discreta, e que indiciam que a intervenção pode começar a aproximar-se do final. Assim, o enfermeiro pode adotar uma postura mais direta, de líder, do que em qualquer outra fase da intervenção.

No fundo, a “reserva terapêutica” que existe ao longo da intervenção pode subtilmente transformar-se numa abordagem mais aberta e ativa. Esta mudança não deve ser drástica, mas será seguramente notória para o utente e indicar-lhe-á que a intervenção se aproxima do seu final (Graybar & Leonard, 2010). Importa que o término da intervenção não seja abordado apenas na última sessão. Logo desde a primeira sessão deve ficar claro para o utente que a intervenção terá um final e, antes de se chegar a esse final, é essencial que, paulatinamente, se vá preparando o utente para tal. O enfermeiro deve referir-se ao término da intervenção como “conduzir o nosso trabalho a um fim/final”, evitando o uso de palavras como “termo” ou “término” pela conotação negativa que habitualmente está associada às mesmas. Assim, ao passo que a intervenção é tipicamente centrada no utente, servindo o enfermeiro essencialmente como um facilitador do processo psicoterapêutico, na fase final este deverá assumir mais o papel de líder (Graybar & Leonard, 2010).

É importante que o enfermeiro enfatize algumas ideias, como os progressos realizados desde o início da intervenção, e que se refira à mesma como uma «viagem». Importa ainda que o enfermeiro se mantenha atento às preocupações do utente relacionadas com sentimentos de separação ou perda. Estas preocupações devem ser referidas pelo utente e discutidas de forma aberta, na medida em que a assertividade na comunicação é um princípio fundamental inerente ao processo psicoterapêutico (Graybar & Leonard, 2010).

Já na última sessão o foco deve dirigir-se, concretamente, para o término da intervenção. Esta sessão deve iniciar-se com questões abertas acerca do que o utente pensa e sente acerca da conclusão da intervenção. O papel do enfermeiro passa, essencialmente, por escutar empaticamente o utente, reforçar por via do elogio os ganhos por este obtidos, e complementar as ideias que este vai apresentando. No caso concreto de alguns utentes, e para que fique claro que o término da intervenção é, acima de tudo, um processo de transformação, pode agendar-se uma sessão de *follow-up* que possa minimizar ou, pelo menos, tornar menos marcada a sensação de termo abrupto da intervenção (Graybar & Leonard, 2010).

1.4. Vantagens da Intervenção Individual

A intervenção psicoterapêutica individual não é, como já referido anteriormente, melhor do que a intervenção grupal ao nível dos resultados. Contudo, esta oferece as seguintes vantagens (Gelo et al., 2015):

- a) O utente recebe atenção integral por parte do enfermeiro e trabalha com o mesmo numa relação de “um para um”. Esta oportunidade resulta numa experiência terapêutica muito focada e intensa.

- b)** O utente recebe *feedback* direto acerca dos seus progressos por parte do enfermeiro, sendo que o enfermeiro tem também um entendimento mais abrangente dos progressos do utente.
- c)** A aliança terapêutica que se estabelece em sessões individuais tende a ser mais forte.
- d)** O utente tem mais garantias acerca da manutenção da confidencialidade dos conteúdos partilhados durante a sessão.
- e)** A intervenção realizada através de sessões individuais é mais aprofundada e intensa.
- f)** O ritmo de trabalho entre o enfermeiro e o utente pode ser ajustado às necessidades específicas do utente. Isto não é possível na intervenção em grupo já que o ritmo é habitualmente ajustado aos utentes que avançam mais lentamente.
- g)** O agendamento das sessões pode ir mais de encontro à disponibilidade do utente e pode mais facilmente ser ajustado em função de circunstâncias específicas.

1.5. Desvantagens da Intervenção Individual

Apesar das vantagens anteriormente apresentadas, a intervenção psicoterapêutica individual tem também algumas desvantagens. Entre essas desvantagens destacam-se as seguintes (Gelo et al., 2015):

- a)** As sessões individuais têm custos superiores às sessões de grupo, na medida em que no mesmo período de tempo o enfermeiro intervém apenas junto de uma pessoa ao invés de junto de um conjunto de pessoas.
- b)** Enquanto, que ser o foco de atenção único pode ser considerado uma vantagem das sessões individuais, pode também ser uma desvantagem para alguns utentes. Alguns utentes preferem ter uma “camuflagem” inicial, enquanto estão em fase de adaptação ao ambiente terapêutico.
- c)** Os utentes que têm problemas de motivação podem sentir dificuldades quando são o foco único de atenção.
- d)** Na intervenção individual o utente apenas tem acesso ao ponto de vista do enfermeiro, e não a múltiplos pontos de vista.

2. PRESSUPOSTOS PARA A INTERVENÇÃO EM GRUPO

A intervenção em grupo é reconhecida pelos seus benefícios terapêuticos e, por isso, desenvolvida segundo diversos modelos teóricos. Existem várias razões pelas quais se privilegia a intervenção em grupo, em detrimento da intervenção individual. Entre elas, destacamos os seus benefícios gerais mais evidentes, nomeadamente:

1. A aprendizagem social é realizada em grupos, logo, o grupo é facilitador dessa aprendizagem;
2. Pessoas com necessidades semelhantes podem constituir-se como suporte umas das outras e ajudar-se na resolução de problemas;
3. O *feedback* dos elementos do grupo facilita a aprendizagem;
4. Os grupos permitem a possibilidade, aos elementos, de experimentarem novos papéis;
5. As dinâmicas de grupo normalmente são evocativas de dinâmicas familiares precoces, o que pode ser examinado e trabalhado;
6. Os grupos podem ser catalisadores para o desenvolvimento de habilidades e recursos latentes;
7. Os grupos são mais indicados para algumas pessoas (por exemplo, para quem a intimidade da intervenção individual seja demasiado intensa);
8. Os grupos podem ser mais democráticos, partilhando poder e responsabilidade;
9. Alguns terapeutas/facilitadores de grupos consideram o trabalho de grupo mais satisfatório que o individual;
10. Os grupos podem ser formas mais económicas de intervir, indo ao encontro das necessidades de várias pessoas ao mesmo tempo. (Liebmann, 2004)

Na sua generalidade, a intervenção em grupo pode também ter desvantagens, e que se prendem com a questão da confidencialidade (mais difícil quando existem mais pessoas envolvidas), com a necessidade de recursos (que podem ser difíceis de mobilizar e organizar), menor atenção individual, a possibilidade de estigmatização, possibilidade de as pessoas mais facilmente se “esconderem” ou evitarem questões, e ainda com a possibilidade de sentimentos de intimidação de algumas pessoas quando confrontadas com as competências dos outros (Liebmann, 2004).

A intervenção em grupo é uma intervenção complexa, que facilmente implicaria uma abordagem extensa. No âmbito dos objetivos deste GOBP, sintetizam-se algumas questões que importa manter presentes nesta intervenção, nomeadamente, as relacionadas com a constituição e características do grupo, fases do processo de grupo, e o papel do enfermeiro na intervenção em grupo.

2.1. Constituição e Características do Grupo

A formação de um grupo implica um conjunto de escolhas que são determinantes no processo terapêutico. Diferentes objetivos, modelos, *settings* e até as preferências/competências do enfermeiro devem influenciar a definição das características do grupo, desde a escolha do número de elementos, critérios de inclusão/exclusão até à frequência e duração das sessões.

Número de Elementos Constituintes

A maior parte dos grupos terapêuticos oscila de 5 a 10 elementos. A formação de grupos numerosos gera dificuldades, nomeadamente assegurar a oportunidade de participação ativa de cada um dos seus elementos/receção de *feedback* dos restantes, dificuldade na coesão do grupo e ainda em intervenções específicas de alguns modelos terapêuticos.

Por outro lado, a formação de grupos demasiadamente pequenos (menos de 5 elementos) pode não facilitar a emergência de fatores terapêuticos únicos aos grupos (devido a dinâmicas de grupo menos claras e menor interação entre os elementos), pode aumentar a sensação de “exposição” e, também, o evitamento de interações de confrontação de dificuldades interpessoais, tão necessárias ao crescimento (Brabender et al., 2004).

A definição do número de elementos deve ter em consideração de que forma estes fatores impactam nos seus objetivos. Enquanto grupos pequenos possibilitam uma maior intimidade e apoio, os grupos maiores permitem uma melhor interação, criatividade e possibilitam “um sítio para se esconder”, se isso for necessário (Liebmann, 2004).

A decisão do número de elementos constituintes é também um facto a considerar na possibilidade/necessidade da existência de um “cofacilitador” nas sessões. O cofacilitador pode servir de “modelo” para o grupo, suporte/apoio do facilitador e (se necessário) auxiliar algum elemento do grupo que saia repentinamente (Liebmann, 2004).

Homogeneidade versus Heterogeneidade

A composição de um grupo, a sua homogeneidade ou heterogeneidade para qualquer qualidade, depende de vários fatores (Brabender et al., 2004).

As decisões acerca dos objetivos, por exemplo, têm implicações para a composição do grupo uma vez que, assim que o objetivo é estabelecido, a população para quem o objetivo é apropriado é delimitada. Se o objetivo, por exemplo, for a redução dos níveis de ansiedade, o grupo só terá pertinência para as pessoas para quem a ansiedade é um

problema significativo. Logo, o grupo vai ser relativamente homogêneo em termos de ansiedade (Brabender et al., 2004). Grupos de curta duração, com um foco unitário bem definido, são usualmente homogêneos.

Yalom e Leszcz (2005) abordam a questão da homogeneidade/heterogeneidade dos grupos referindo-se a duas concepções teóricas úteis para a sua compreensão: “coesão” e “microcosmos”.

A “teoria da coesão”, subjacente à formação de grupo de composição homogênea postula, simplesmente, que a “atração” pelo grupo é a variável mais importante na intervenção. O resultado da intervenção depende assim da formação de um grupo coeso e compatível (Yalom & Leszcz, 2005).

A “teoria do microcosmo social” admite o grupo como um “universo social em miniatura”, no qual os seus elementos desenvolvem novas formas de interação social. Portanto, o grupo heterogêneo deve assemelhar-se ao universo social real e por isso ser composto por elementos com diferentes características. Esta diversidade maximiza as oportunidades de aprendizagem e crescimento (Yalom & Leszcz, 2005).

Nesta visão, o estado de dissonância – estado de desconforto psicológico - é imprescindível enquanto catalisador da mudança e aprendizagem. A mudança e o crescimento ocorrem quando a pessoa, num estado de dissonância, atua para alcançar um outro estado mais consonante. No sentido de facilitar o desenvolvimento do desconforto adaptativo, o argumento heterogêneo sugere que as pessoas sejam expostas a outros elementos do grupo que não reforcem a posição neurótica, pelo preenchimento de necessidades interpessoais, mas que sejam frustrantes e desafiadores, o que permite desenvolver a consciência de diferentes áreas de conflito e demonstrar estilos interpessoais alternativos (Yalom & Leszcz, 2005).

Estas questões requerem, no entanto, um equilíbrio delicado. Se a frustração e o desafio foram demasiado grandes, e a coesão do grupo demasiado pequena, nenhuma dissonância ocorrerá e o risco será de abandono, físico ou psicológico, do grupo. Por outro lado, se o desafio for demasiado pequeno, igualmente não se traduz em aprendizagem, a exploração é inibida (Yalom & Leszcz, 2005).

A composição dos grupos pode sintetizar-se em alguns princípios:

- O conflito tem um papel importante no processo terapêutico;
- Existem benefícios na exposição a estilos de relação divergentes;
- Grupos com maiores compatibilidades interpessoais irão desenvolver maior coesão;
- Membros dos grupos coesos têm melhor assiduidade;
- Membros que são menos compatíveis com outros membros tendem a abandonar o grupo;

- Grupos coesos são mais capazes de expressar e tolerar a hostilidade, estão mais aptos para influenciar outros, e são eles próprios mais facilmente influenciáveis (Yalom & Leszcz, 2005).

A escolha da homogeneidade/heterogeneidade de um grupo deve considerar o impacto das vantagens e dificuldades associadas a cada uma destas abordagens, no cumprimento dos seus objetivos.

Grupos Fechados / Abertos / Semiabertos

O grupo fechado significa um número fixo de sessões com os mesmos elementos. Este facilita o conhecimento entre os seus elementos, a construção de confiança e o nível de profundidade da partilha (Liebmann, 2004).

O grupo aberto permite a livre entrada e saída dos seus elementos. Consequentemente, a partilha existe a um nível de maior superficialidade. Os grupos em contexto de serviços de internamento são mais provavelmente grupos abertos (Liebmann, 2004).

O grupo semiaberto é um compromisso útil. Há frequentemente um compromisso de assiduidade, mas os grupos alteram-se lentamente à medida que as pessoas deixam o grupo e novos elementos são integrados. Esta forma de funcionamento permite uma organização da passagem de diferentes elementos e da estrutura do grupo. É frequente encontrar-se grupos semiabertos em contexto de hospital de dia, centro de dia e em contexto comunitário (Liebmann, 2004).

Quando se trata de grupos semiabertos ou fechados existe, na maior parte das vezes, um procedimento de triagem ou avaliação inicial, que pretende avaliar a pertinência, motivação e aspetos que possam ser relevantes na adesão ao grupo.

Crítérios de Inclusão

Os critérios de seleção dos elementos a incluir estão diretamente relacionados com diferentes aspetos do grupo, como os objetivos, o referencial teórico, a técnica do terapeuta, a estratégia de composição do grupo, e questões estruturais. É a influência da interação destes diferentes itens que sugerem que a pessoa esteja apta para um grupo e não para outro (Piper & McCallum, 1994).

Portanto, não é possível de forma universal estabelecer critérios de inclusão. Alguns autores apontam critérios gerais na avaliação do candidato:

- Nível de competências interpessoais;
- Motivação / compromisso para a mudança;
- Expectativas relativamente à intervenção;

- Desconforto psicológico atual;
- Presença de dificuldades interpessoais;
- Suscetibilidade à influência do grupo (necessidade de aprovação/dependência moderada);
- Disponibilidade para ajudar os outros (adaptado de Piper & McCallum, 1994).

A avaliação terá de ser então enquadrada em relação ao plano para o grupo e desenho do grupo, sendo considerada igualmente a avaliação das características do candidato em relação às características dos outros elementos do grupo (Brabender et al., 2004).

Dois questões devem ser respondidas: primeiro, se é provável que as pessoas beneficiem da experiência de grupo. Segundo, se é provável que haja uma contribuição positiva para os outros elementos. Na avaliação, estes critérios são considerados juntos, uma vez que se beneficia do grupo, é provável que contribua para o mesmo (Brabender et al., 2004).

Critérios de Exclusão

À semelhança do que ocorre com os critérios de inclusão, é difícil, se não de todo impossível, determinar critérios gerais de exclusão das intervenções em grupo.

A abundância e a diversidade de formatos de intervenção significam que existe provavelmente um grupo que sirva a necessidade de qualquer pessoa. Ao mesmo tempo existem algumas características das pessoas que as desqualificam da maior parte dos grupos (Brabender et al., 2004), nomeadamente:

- Falta de vontade ou de motivação para participar;
- Níveis muito elevados de angústia;
- Não cumprimento de regras;
- “Incapacidade de conexão” (Brabender et al., 2004).

Em resumo, os utentes devem ser excluídos da intervenção de grupo se não conseguirem envolver-se nas atividades do grupo – envolvimento interpessoal, aprendizagem interpessoal e aquisição de *insight* – devido a razões do foro logístico, intelectual, psicológico ou interpessoais (Yalom & Leszcz, 2005).

2.2. Fases do Desenvolvimento do Grupo e Papel do Enfermeiro

A individualidade tem um enorme impacto no desenvolvimento do grupo, tornando a sequência de qualquer grupo altamente teórica (Berg et al., 2018). Além disso, as fases não acontecem sempre da forma como as encontramos descritas na teoria e, por vezes,

pode haver ainda uma sobreposição considerável entre elas. O conteúdo dos grupos varia, e diferentes aspectos do processo podem ser mais ou menos relevantes dependendo da orientação teórica do líder, do objetivo do grupo, e da população que o constitui. Apesar destas questões, parece haver de facto um padrão na evolução de um grupo (Corey, 2016).

As suas fases são descritas por diversos autores, sendo variável o seu número e a sua designação.

Segundo a Associação Americana de Psicoterapia, existe consenso de um modelo de desenvolvimento de grupo em cinco fases, que são descritos com base nos modelos de Tuckman (1865), Garland et al. (1973) e Wheelan et al. (2003) (cit. por Bernard et al., 2008). Assim temos:

- **A primeira fase – “forming”** – marcada pelas questões da dependência e inclusão. O objetivo do líder do grupo é educar os membros (propósito do grupo, normas, e papel dos participantes). São estabelecidas bases da confiança e destacados pontos em comum aos elementos do grupo;
- **A segunda fase – “storming”** – diz respeito às questões relativas ao poder/status e à resolução de conflitos associados. O objetivo do líder é a promoção de uma resolução segura e bem-sucedida, encorajar a coesão de grupo, e facilitar a aprendizagem interpessoal;
- **A terceira fase – “norming”** – reflete o estabelecimento da confiança e uma estrutura de grupo funcional (normas). O objetivo do líder é facilitar o processo de trabalho e as intervenções refletem o balanço entre suporte/apoio e confrontação;
- **A quarta fase – “performing”** – é caracterizada por um processo de grupo produtivo e “maduro”, e a expressão das diferenças individuais. O objetivo do líder é permitir ao grupo funcionar num nível de produção ótimo, realçando a individualidade dos membros;
- **A fase final – “adjourning”** – ou fase de término, envolve o foco nas questões da separação, uma revisão da experiência de grupo e a preparação para o final. O objetivo do líder é encorajar a expressão de sentimentos associados com a despedida e facilitar a atenção para questões inacabadas no grupo (Bernard et al., 2008).

Independentemente do modelo de desenvolvimento do grupo, há questões que são consensuais relativamente aos grandes temas que dominam as diferentes fases (confiança, segurança, estrutura, exploração, adaptação, conflito, exclusão) e que são importantes para a compreensão do processo.

Todos os grupos são únicos. Importa reconhecer que alguns grupos têm experiências ricas em contexto terapêutico e outros não. O sucesso de um grupo é uma combinação de como cada membro do grupo *performa* e a capacidade do líder do grupo (Corey, 2016).

2.3. Desafios e Dificuldades da Intervenção em Grupo

Os desafios e dificuldades ocorrem nas diversas fases de trabalho de um grupo. Iremos, pois, considerar os desafios e dificuldades no início da intervenção, no seu decurso (questões de transferência, contratransferência, resistência) e no seu final.

Estrutura e Definição de Regras

O início da intervenção de grupo é fundamental, na medida em que estabelece a estrutura de trabalho. A estrutura é essencial para que o trabalho decorra num ambiente seguro e promova o desenvolvimento do processo terapêutico. É a definição da estrutura, regras e limites de um grupo que permite a criação de um ambiente positivo que possibilite o cumprimento dos objetivos individuais e coletivos.

Os limites, a sua criação e manutenção, são da responsabilidade do facilitador e podem incluir limites de tempo, espaço, de participação (e interrupções ao grupo), de comunicação ou comportamento (alianças/conflitos), eventualmente de informação e natureza das relações estabelecidas, e questões da confidencialidade. Os elementos de um grupo devem perceber o que é esperado e o que não é esperado.

A definição das regras e da estrutura de funcionamento é fundamental à prevenção de dificuldades. Alguns problemas e dificuldades de um grupo são resultado de um início pouco eficaz no que respeita à estrutura e definição de normas. A estrutura é o “contenitor primário” da intervenção, que terá um papel fundamental no possível surgimento de comportamentos e situações consideradas “difíceis”.

Resistências e Comportamentos Considerados “Difíceis”

O conceito de resistência, na teoria psicanalítica, é definido como a relutância do indivíduo em trazer à consciência material inconsciente ameaçador, que foi previamente reprimido ou negado. A resistência é uma tentativa inconsciente de defender o “Eu” contra o elevado grau de ansiedade que o utente teme que surja se o material inconsciente for descoberto. A resistência é uma forma de resistir à dor emocional, uma luta pela defesa que deve ser esperada pelo líder de um grupo (Corey, 2016).

Existem diversas formas de manifestação de resistência num grupo que podem englobar comportamentos, entre os quais:

- Atrasos persistentes ou faltas;
- Atitudes de complacência ou indiferença;
- Exibir uma necessidade exagerada de ajudar outros no grupo;
- Comportamento inapropriado ou impulsivo, incluindo comentários ou gestos ofensivos para os outros elementos;
- Usar o grupo meramente para socializar (Corey, 2016).

Lidar terapêuticamente com a resistência, e as muitas formas que assume, é um desafio central para o líder de um grupo. Quando o líder é inexperiente e encontra pessoas com resistências elevadas, por vezes, tende a encarar as questões como pessoais ou questionar a sua própria competência (Corey, 2016).

O terapeuta precisa de saber distinguir entre processos que são orientados para o trabalho daqueles que pretendem resistir, evitar ou defender do trabalho a realizar. O terapeuta deve reconhecer que conter e trabalhar através das forças destrutivas (do grupo, no contexto do grupo ou do líder do grupo) encerra a possibilidade de crescimento criativo e mudança terapêutica (Bernard, et al., 2008).

Se vários autores auxiliam a intervenção em grupo abordando aspetos específicos de cada uma destas dificuldades, vamos apenas apresentar aqui algumas orientações que Corey (2016) sugere em termos do papel do líder e que facilitam a intervenção com elementos com comportamentos considerados “desafiantes”, nomeadamente:

- Expressar aborrecimento com um elemento do grupo sem denegrir o seu carácter;
- Evitar responder com sarcasmo a uma observação sarcástica;
- Ensinar a pessoa acerca da forma de trabalho do grupo para desmistificar o processo;
- Encorajar a pessoa a explorar os seus receios ou qualquer forma de resistência em vez de ignorá-los;
- Evitar rotular ou julgar qualquer pessoa e, em vez disso, descrever o seu comportamento;
- Formular observações e possibilidades em vez de assumir posições dogmáticas;
- Demonstrar sensibilidade cultural e evitar estereótipos;
- Promover, sem culpabilização, o processo de consciencialização do impacto que o comportamento da pessoa pode ter no funcionamento do grupo;
- Evitar usar o papel e poder de líder para intimidar os membros do grupo;
- Monitorizar as reações contratransferenciais;

- Desafiar os membros de uma forma respeitosa e cuidadosa a fazer coisas que podem ser difíceis;
- Evitar retirar-se quando surgem conflitos;
- Facilitar um equilíbrio entre suporte/apoio e desafio;
- Abster-se de encarar as reações das pessoas de uma forma excessivamente pessoal;
- Facilitar uma exploração mais focada do problema em vez de dar soluções;
- Ir ao encontro das necessidades das pessoas, não das suas próprias;
- Convidar os elementos do grupo a partilhar de que forma são afetados pessoalmente pelos comportamentos problemáticos dos outros, mas bloqueando julgamentos, avaliações e criticismo.

Importa considerar que, por vezes, os elementos de um grupo exibem comportamentos defensivos ou problemáticos relacionados com o líder do grupo. O que é designado de resistência pelo grupo muitas vezes corresponde à falta adequada de orientação dos elementos desse grupo (Corey, 2016).

O líder deve olhar para os seus próprios sentimentos quando um grupo apresenta resistências. Líderes que têm expectativas irrealisticamente altas para o grupo podem sentir-se frustrados com a falta de progresso e, por isso, perderem objetividade. A resistência é expectável, em determinado momento, na maior parte dos grupos. Se o líder mantiver isto presente, estará menos inclinado para personalizações das resistências e para aceitar demasiada responsabilidade pelo grupo (Berg et al., 2018).

Transferência / Contratransferência

A adesão a um grupo movimenta vários processos em simultâneo. Assim, coloca a pessoa num *setting* que possibilita múltiplas transferências, quer sejam ou não interpretadas como tal.

A transferência, um conceito básico na abordagem psicanalítica dos grupos, envolve a repetição inconsciente do passado no presente. Refere-se à passagem inconsciente de sentimentos, atitude e fantasias (positivas e negativas), que advêm de reações a pessoas significativas do passado, para o terapeuta ou outros membros do grupo. A transferência reflete o padrão de experiências antigas e distorções adquiridas à medida que elas emergem nas relações presentes (Luborsky et al., 2011, cit. por Corey, 2016).

Terapeutas de grupo de orientação analítica consideram o processo de explorar e interpretar a transferência como o centro do processo terapêutico. Os membros do grupo servem como figuras de transferência dos outros membros, e o trabalho principal do grupo analítico consiste em identificar, analisar e resolver estas projeções (Corey, 2016).

Nos grupos que não sejam de orientação analítica, estes aspetos transferenciais das relações e as dinâmicas que surgem são importantes na compreensão da pessoa e das suas dificuldades, influenciando as dinâmicas estabelecidas e conseqüentemente orientando também a intervenção. Os grupos podem possibilitar uma compreensão da forma como as pessoas funcionam nas situações diárias.

A capacidade de o terapeuta gerir o funcionamento inconsciente do grupo é muito importante. A capacidade em lidar com os aspetos contratransferenciais é essencial para um resultado terapêutico positivo, evitando que os sentimentos do terapeuta fiquem “emaranhados” na relação, dificultando a sua objetividade.

A teoria psicanalítica defende que a contratransferência consiste nas respostas emocionais inconscientes a um utente baseadas no passado do próprio terapeuta, resultando numa percepção distorcida do comportamento do utente (Rutan, 2014, cit. por Corey, 2016).

Deste modo, devem estar sensibilizados os terapeutas de grupo para sinais de conflitos não resolvidos com eles mesmos que possam interferir com o funcionamento efetivo do grupo e criar uma situação na qual os membros são usados para satisfazer as suas próprias necessidades. Os conflitos não resolvidos e necessidades reprimidas do terapeuta podem interferir seriamente com o processo de grupo e levar ao abuso da posição de líder (Corey, 2016).

É importante diferenciar reações emocionais apropriadas e manifestações problemáticas da contratransferência. Algumas manifestações da contratransferência que podem surgir num grupo terapêutico são:

- Ver-se a si mesmo em certos membros e identificar-se com eles ao ponto de se tornar menos capaz de trabalhar eficazmente;
- Projetar nos membros características que despreza em si próprio e ver essa pessoa como não receptiva para o tratamento ou considerar impossível de trabalhar com ela;
- Comportamento sedutor e aproveitamento do papel de líder para ganhar afeto de certos membros do grupo (Corey, 2016).

Bemak e Epp (2001, cit. por Corey, 2016) identificam ainda cinco padrões de contratransferência típicos que o terapeuta pode experienciar:

- Distanciar-se emocionalmente e manter-se indisponível para o grupo;
- Passividade;
- Ser demasiado controlador;
- Reagir a comportamentos mal adaptativos baseados nas suas próprias questões não resolvidas;
- Ser paternalista e adotar o papel de “salvador” (Corey, 2016).

A contratransferência pode ser uma fonte muito útil de informação acerca dos elementos do grupo, mas também sobre si próprio, tendo o terapeuta a responsabilidade de entender as dinâmicas ao longo do processo terapêutico.

O Término do Grupo

O fim da intervenção terapêutica é uma fase importante do processo, que deve incluir uma revisão do trabalho realizado, dos ganhos obtidos, e a resolução das relações estabelecidas no grupo.

Berg et al. (2018) salientam as diferenças para a experiência de término das sessões, de acordo com o tipo de grupo formado (fechado ou aberto/semiaberto). Menores dificuldades serão expectáveis em grupos fechados, uma vez que, tipicamente, existe um número pré-determinado de sessões. Terminar será então um fenómeno do desenvolvimento com que todo o grupo tem de lidar.

Nos grupos abertos e semiabertos a questão do término surge quando uma pessoa está prestes a terminar. Aqui, o término é uma questão recorrente do processo que afeta a dinâmica do grupo e a sua coesão.

Independentemente do tipo de grupo, a fase final pode cristalizar os ganhos individuais e promover a internalização da experiência terapêutica. Logo, esta fase não deve ser descuidada, mas antes abraçada como um período de trabalho significativo (Bernard, et al., 2008). No entanto, a experiência é variável e pode suscitar dificuldades e desafios.

O processo de término pode estimular o ressurgimento dos sintomas presentes ou prévios de conflito no grupo e estimular conflitos não resolvidos relacionados com a perda ou separação (Freud, 1964, cit por. Bernard, et al., 2008).

É expectável alguma relutância em terminar uma experiência significativa, em despedir-se de pessoas que se tornaram importantes pois, para algumas, pode ter sido a primeira experiência deste tipo de relação, próxima, íntima e de cuidado. O final do grupo pode ser encarado com sentimentos de perda e resistência. Um critério de maturidade é exatamente a habilidade para “deixar ir” quando as relações mudam ou terminam (Berg et al., 2018).

O papel do facilitador do grupo pode passar por permitir a exploração de sentimentos e abordagem do processo de separação. A antecipação de dificuldades e preparação do processo de final é crucial para o encerramento do processo terapêutico.

3. PRESSUPOSTOS PARA A INTERVENÇÃO FAMILIAR

Os enfermeiros especialistas em ESMP usam princípios terapêuticos das teorias sistêmicas para orientar as suas intervenções e avaliações com as famílias (Hanson, 2005). Contudo, estas não são as únicas, existindo orientações cognitivas e comportamentais, incluindo estratégias psicoeducativas, e ainda de base psicanalítica (Wright & Leahey, 2012). Ainda assim, a intervenção de base sistémica é a mais recomendada como matriz para as intervenções de Enfermagem (Figueiredo, 2012; Galera & Luís, 2002).

A visão sistémica considera que um sistema pode ser definido como um conjunto de elementos (unidades) em interação mútua, podendo esta visão ser aplicada para o indivíduo, para uma família ou mesmo para a sociedade. Os elementos que se inserem num sistema influenciam-se mutuamente e só podem ser definidos uns em relação aos outros (Alarcão, 2002). Cada sistema pode constituir-se por subsistemas que também interagem e se influenciam mutuamente (Alarcão, 2002; Galera & Luís, 2002). Numa aproximação ao sistema familiar podemos considerar que o conceito de família e as suas estruturas organizacionais está em permanente mutação (Williams, 2010) e os profissionais de saúde têm de acompanhar essa evolução. Segundo o ICN (2019) família define-se como um conceito com referencial sistémico “Grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes”.

A diretriz conceptual subjacente a este conceito de família tem inúmeras vantagens para os enfermeiros compreenderem a complexidade deste sistema e conseguirem perspetivar melhor a avaliação, o diagnóstico, a intervenção e a avaliação com este utente coletivo. Em muitas situações a intervenção familiar é mais vantajosa, em termos terapêuticos, do que a intervenção individual (Galera & Luís, 2002). Aliás, sobre as vantagens ou desvantagens da intervenção com o grupo “família”, em comparação com a intervenção com um utente individualmente, aplicam-se muitas das recomendações expressas no subcapítulo anterior no que se refere aos pressupostos da intervenção grupal (Liebmann, 2004). Algumas das recomendações interpretadas para a intervenção grupal, como a constituição do grupo ideal, o *setting* mais adequado, o número de elementos (Brabender et al., 2004; Liebmann, 2004) e a coesão do grupo (Yalom & Leszcz, 2005) são transferíveis para a intervenção com o grupo “família”.

A abordagem sistémica tem como princípio que as pessoas são mais bem compreendidas quando é possível aceder à forma como interagem umas com as outras (Corey, 2017) e, nesse sentido, Corey especifica algumas vantagens comparando com a abordagem individual: a exploração das regras e processos familiares, iniciando muitas vezes com a construção do genograma, ao invés da procura diagnóstica inicial na intervenção individual; integra mais membros; explora o contexto no qual as coisas são vividas e menos as causas e aspetos relacionados com os problemas; alarga a perspetiva das experiências individuais para uma preocupação transgeracional, os significados, as

regras, a cultura, as perspectivas de género e a interação com a comunidade e sistemas mais amplos a influenciar a família; foca-se mais na adaptação ao contexto do que nas estratégias pessoais de *coping* (Corey, 2017).

As famílias podem ser consideradas um sistema complexo. Esta complexidade advém das suas múltiplas composições e contínua evolução ao longo do ciclo de vida, evolução/desenvolvimento de cada um dos seus membros, e evolução e desenvolvimento da própria família enquanto grupo. Diferentes fases do ciclo de vida das famílias podem ser encontradas na literatura (Hoffmann, 2003): I – Namoro, II – Casamento, III – Filhos Adolescentes, IV – Saída dos filhos, V – Reajustamento do casal, VI – Velhice, VII – Morte. Outros autores referem ainda a fase “família com filhos pequenos” (Relvas, 2004), que do ponto de vista da Enfermagem é sempre de considerar pela mobilização que provoca em toda a estrutura familiar.

Refira-se que na transição entre diferentes etapas do ciclo de vida das famílias, o stress familiar é maior nos pontos de transição de um estágio para outro. Os sintomas tendem a aparecer mais quando há uma interrupção ou deslocamento no ciclo de vida familiar em desdobramento. A fronteira entre as várias etapas não é rígida, o que significa que as tarefas desenvolvimentais de cada uma não cessam no exato momento em que inicia a seguinte (McGoldrick & Carter, 2003). Nestas etapas emerge a vivência de assunção de papéis relacionados com a fase do ciclo de vida em que a família e os seus elementos se encontram. Como exemplos podemos referir: o papel de progenitor e o papel de filho (sua relação hierárquica funcional e emocional de dependência); a mudança de papéis no momento em que os elementos do subsistema “filhos” se começam a autonomizar e simultaneamente a adquirir mais autonomia; a alteração de papéis na fase do ciclo de vida em que os progenitores começam a perder autonomia (necessidades em saúde) e a depender dos filhos; a fase final da vida, na qual todas as incertezas podem surgir (Wright & Leahey, 2012).

3.1. Princípios e Orientações (baseado em Figueiredo, 2012 e Seabra, 2010)

Alguns autores assumem como princípios de orientação da intervenção com as famílias que o sistema familiar é o alvo dos cuidados de Enfermagem, e que perante este princípio os enfermeiros se devem focar tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente. Algumas orientações principais são:

- A finalidade dos cuidados centra-se na potenciação das forças, recursos e competências das famílias, com uma abordagem colaborativa e de coevolução nos processos.
- Os cuidados de Enfermagem com as famílias devem ser centrados nos padrões de interação numa abordagem multidimensional do potencial de saúde.

- Na elaboração diagnóstica deve ter-se primordialmente em conta as forças daquele sistema, para se obter um comprometimento para a mudança (ex.: consciencializar sobre os seus próprios recursos e capacidades).
- A intervenção deve ser dirigida por prioridades iniciando com aquilo que mais preocupa as famílias.
- O processo de decisão das famílias deve ser partilhado por todos e apoiado pelo enfermeiro (possibilitando uma reflexão que inclua todas as possibilidades existentes).
- A avaliação de resultados deve seguir a lógica formulada para a elaboração dos diagnósticos, considerando as alterações cognitivas, afetivas, comportamentais, dos membros da família, e as suas formas de comunicação.

Estas orientações vão permitir o estabelecimento de prioridades nas intervenções familiares (Asen, 2002, cit. por Townsend, 2011):

- Constituir uma aliança de cooperação entre familiares e profissionais de saúde.
- Reduzir a tensão no ambiente emocional no seio familiar, diminuindo o stress e a sobrecarga.
- Promover a capacidade de os elementos da família resolverem problemas.
- Diminuir os sentimentos de raiva e culpa.
- Manter as expectativas plausíveis relativamente ao comportamento do familiar com doença mental.
- Encorajar os familiares a estabelecer limites adequados entre eles.
- Encorajar familiares a manter a sua autonomia.
- Promover mudanças desejáveis nas crenças e comportamento dos familiares.

3.2. Número de Elementos para a Intervenção

Antes da questão central sobre quem e quantos membros da família devem estar presentes, destaque-se a vantagem prévia desta abordagem mesmo que a entrevista/consulta seja somente com um membro da família. Mesmo individualmente, com esta abordagem, poder-se-á recolher informação importante sobre outros membros da família, sobre a forma como estão a vivenciar uma transição de saúde/doença e sobre o contributo de cada um para o problema que a família possa estar a vivenciar (Galera & Luís, 2002). Uma indicação genérica sobre a presença nas intervenções/consultas é que deve estar quem possa, quem tenha relação direta ou indireta para aquela necessidade da família, quem tenha capacidade para conseguir estar em espaço e tempo adequado para uma abordagem familiar e que consiga vivenciar esse momento sem ser ele próprio causador de maior stress (Seabra, 2010).

É importante a possibilidade do conhecimento da percepção de todos os membros quanto ao funcionamento da família (Figueiredo, 2012), e daí é fundamental o questionamento do motivo ou razão da ausência de algum dos elementos, principalmente algum dos progenitores. O compromisso e aceitação da intervenção é fundamental, mas não se recomenda rigidez no número de elementos presentes em cada intervenção/consulta (Seabra, 2010). Em contexto de intervenção com as famílias no seu domicílio, o afirmado em cima é igualmente orientador, mas a adaptabilidade da intervenção com os membros presentes é fundamental (Hartman & Courcey, 2015).

3.3. Fases de Desenvolvimento da Intervenção com Famílias

A intervenção com as famílias decorre em várias fases e, em cada uma, surge um conjunto de recomendações:

- **Início:** socialização, com acolhimento empático e de escuta, visando facilitar a atividade narrativa da família e ajudar a focar no mundo de significados da família. Nesta fase inicial é necessário o estabelecimento de vínculo com a família, conhecimento dos seus elementos (muitas vezes suportado na elaboração do genograma) e das suas relações sociais (muitas vezes suportado pela elaboração do ecomapa) (Figueiredo, 2012; Hanson, 2005; Seabra, 2010).
- **Exploração:** nesta fase a procura da definição do problema é recomendada. Clarificar a razão e por quem foram encaminhados e como foi detetada esta necessidade, o que esperam desta intervenção, como se organizaram enquanto família para aquele momento, consenso numa reformulação do problema depois da expressão da visão de todos (Seabra, 2010). No prosseguimento da intervenção e exploração do problema pode ser necessário alargar o sistema familiar, questionando quem mais gostariam que estivesse presente ou que necessite de estar presente (Seabra & Negrão, 2011). Durante o processo contínuo de exploração e partilha com as famílias, as suas decisões, deve estar-se atento ao aparecimento de novos sintomas durante a intervenção, o que pode revelar uma crise evolutiva (Seabra, 2010).
- **Término:** Depois de ser assegurada uma compreensão da posição integrada das forças / recursos e problemas das famílias, de se explorar e ultrapassar com ações específicas a capacidade de fazer face ao problema, deve determinar-se a necessidade da continuidade da intervenção (Wright & Leahey, 2012; Seabra, 2010).

3.4. Regras e Setting

Para a Intervenção com as famílias importa definir e clarificar as regras destes momentos. Devemos clarificar a possibilidade de todos os elementos da família participarem de igual forma, a necessidade de escuta de todas as afirmações, o respeito entre os elementos e, por último, que a direção / condução do momento é do enfermeiro (Seabra, 2010).

Esta intervenção pressupõe um *setting* apropriado, facilitador do encontro. Deve tratar-se de um espaço com privacidade e confortável (possibilidade de todos se sentarem e se visualizarem mutuamente), seja em contexto hospitalar, em contexto de ambulatório, ou mesmo no domicílio (Hartman & Courcey, 2015; Seabra, 2010).

Quanto à forma de organização temporal das sessões com as famílias, o número de sessões não pode ser rigidamente definido, depende muitas vezes da dimensão dos problemas, da forma como melhoram os seus canais de comunicação e enfrentam as suas dificuldades. Existe algum consenso sobre sessões semanais numa fase inicial e mais espaçadas no decorrer do tempo, mas sempre em resposta ao diagnóstico do enfermeiro e às necessidades manifestas da família. A família precisa de tempo entre as sessões para refletir, para discutir, para iniciar mudanças individuais e coletivas sistêmicas (Ausloos, 2003). A fase de término pode ter de ser preparada em várias das sessões finais. Quanto ao tempo de duração de cada sessão, este não é rígido, mas algum consenso se encontra para períodos não superiores a uma hora. Esta recomendação suporta que a informação gerada numa sessão deve ser adequada ao que cada elemento da família e o enfermeiro consigam refletir sobre e aprofundar (Seabra, 2010).

3.5. Desafios e Dificuldades da Intervenção com Famílias

A intervenção familiar é uma realidade de cuidados na qual os profissionais aprendem sobre famílias e realizam o processo de compreensão das vivências das famílias a partir do seu próprio referencial de família. A partir disto, e na intervenção com famílias, importa a consciencialização do seu próprio referencial de família (vivências passadas, formas de organização e responder aos desafios e às situações de doença, expectativas futuras, etc.), e não o projetar no momento da interpretação do que a família apresenta nem do que aspira *versus* o que a família vai desejar para si própria (Relvas, 2004). Ou seja, o que está em causa são os fenómenos de transferência e contratransferência que podem estar presentes no enfermeiro em todos os momentos (Lopes, 2020). Assim, e com a ajuda dos processos formativos, processos de reflexão crítica e principalmente supervisão, é necessário desenvolver a capacidade de gestão dos fenómenos de transferência e contratransferência (Lopes, 2020; Wright & Leahey, 2012).

Os desafios do trabalho com as famílias decorrem da complexidade deste sistema. O facto de diferentes subsistemas terem diferentes desafios e problemas torna-se muito impactante no acompanhamento. Muitas vezes há dificuldades em integrarem e reconhecerem a necessidade de se reconhecerem como um sistema que interage permanentemente e que necessitam uns dos outros para se definirem e evoluírem. Em muitas das necessidades encontradas os elementos da família podem ter envolvimento diferentes, por vezes influenciados por questões de poder dentro do sistema ou pela construção de alianças entre os seus membros (diferentes subsistemas). Outro desafio comum no trabalho com as famílias é o risco de alianças entre alguns elementos com o enfermeiro (muitas vezes não reconhecidas pelo próprio enfermeiro) (Seabra & Negrão, 2011). A natureza dos cuidados de Enfermagem, em que o *setting* de interação

é flexível e pode acontecer em múltiplos contextos (no domicílio, em ambulatório, em internamento), é facilitadora da interação e promove recolha de informação sem ser na presença de todos os elementos da família (Hartman & Courcey, 2015).

Uma particularidade comum é o facto de que, muitas vezes, a dificuldade na forma como a família interpreta os acontecimentos e se organiza nos processos tem influência de respostas anteriores, a influência transgeracional, da qual frequentemente as famílias não têm consciência (Corey, 2017). Outra dificuldade comum são os impasses terapêuticos, ou mesmo a dificuldade de o enfermeiro como “terapeuta” gerir a informação trazida pela família, ou necessitar de tempo para refletir sobre ela, sendo que aí a existência de um coterapeuta é benéfica. A presença de um coterapeuta permite evitar silêncios, mas principalmente aporta outra forma de olhar e sentir a situação, e até pode ter a consciência da menor participação de algum dos elementos da família (Hartman & Courcey, 2015).

3.6. Benefícios Gerais

As indicações genéricas para a intervenção familiar em ESMP são a diminuição da sobrecarga familiar, a promoção da saúde mental dos familiares envolvidos, e a reabilitação da pessoa com doença mental (Pinho, 2020). Inúmeros estudos demonstram vantagens na intervenção e suporte familiar por parte das equipas de Enfermagem (base psicossocial, psicoeducativa e psicoterapêutica), nomeadamente ao nível da melhoria da qualidade de vida, diminuição do stress familiar, redução do número de internamentos, maior adesão à medicação, redução dos fatores de risco e melhoria global da saúde (Chagani, 2015; Davis et al., 2016; Melo et al., 2020; Pinho, 2020).

Numa perspetiva orientadora da NIC, o objetivo é minimizar os efeitos disruptivos do processo familiar (Butcher et al., 2018) desencadeados por qualquer situação que coloque em causa o sistema e ajude a ultrapassar as dificuldades de comunicação que se associam nos momentos de tensão.

3.7. Contraindicações / Critérios de Exclusão para a Intervenção

Encontra-se na literatura um conjunto de contraindicações para a intervenção com famílias:

- Agressividade expressa (sendo perceptível medo, intimidação ou incapacidade de expressão livre) (Center for Substance Abuse Treatment [CSAT], 1999; Wright & Leahey, 2012; Weiss, 2015);
- Abuso físico e sexual (Haverkamp & Daniluk, 1993);
- Incesto (Haverkamp & Daniluk, 1993);
- Violência doméstica (CSAT, 1999; Weiss, 2015);
- Recusa de todos os elementos da família em participar (Wright & Leahey, 2012).

4

**INTERVENÇÕES
PSICOTERAPÊUTICAS
DE ENFERMAGEM**

1. EXECUTAR INTERVENÇÃO EM CRISE

Definição

Uso de aconselhamento num curto prazo para ajudar o utente a enfrentar uma crise e a retornar a um estado funcional comparável ou melhor que o estado pré-crise (Butcher et al., 2018). A intervenção em crise é, portanto, um procedimento para exercer influência no funcionamento psicológico da pessoa durante o período de desequilíbrio, aliviando o impacto direto do evento traumático (Wainrib & Bloch, 2001).

Enquadramento / Fundamentação

A crise é um período de transição autolimitado, no qual a pessoa se confronta com um evento ou situação considerada ameaçadora ou potencialmente perigosa, que desencadeia um período de desequilíbrio psicológico e de dificuldade funcional (Sequeira & Sampaio, 2020a). Pode ser, na sua natureza, de desenvolvimento, situacional ou acidental. Deve ser relacionada com o stressor significativo, potencialmente lesivo, ou pode ser o resultado cumulativo de uma série ou sucessão de stressores (Callahan, 1998).

A principal causa de uma crise é um evento intensamente stressante, traumático ou perigoso, mas outras duas condições também são necessárias: (1) a perceção, por parte da pessoa, do evento como a causa do considerável transtorno e / ou perturbação; e (2) a incapacidade da pessoa resolver a interrupção por mecanismos de adaptação usados anteriormente (Roberts, 2000).

É importante salvaguardar que nesta intervenção psicoterapêutica se exclui a crise considerada como urgência psiquiátrica, quando a pessoa chega a um serviço de saúde e apresenta risco imediato para si mesma, para os demais e/ou para o ambiente envolvente (Arantes et al., 2008).

A mobilização da equipa de intervenção, em resposta a um acontecimento crítico, deve ter em consideração a necessidade de apoio. Importa não esquecer que certas pessoas, naturalmente, recuperam estratégias e mecanismos de *coping* para lidar com a crise sem que haja apoio externo.

Objetivo(s)

O objetivo da intervenção em crise é resolver o problema dentro de um período de 1-2 a 12 semanas, usando intervenções direcionadas e diretas destinadas a ajudar o utente a desenvolver novos mecanismos de *coping* adaptativos (Roberts, 2000).

Pretende-se uma resolução rápida da crise, evitando uma maior deterioração ao nível funcional, promovendo o crescimento e o reconhecimento de sinais de perigo para evitar resultados negativos. A resolução de uma crise inclui restauro do equilíbrio, domínio cognitivo da situação e aquisição de novas habilidades; no entanto, uma situação de luto, por exemplo, pode demorar vários anos para ser resolvida (Sequeira, 2015).

Indicações Terapêuticas, Resultados de Enfermagem e Instrumentos de Avaliação

Quadro 4 – Indicações Terapêuticas, Resultados de Enfermagem e Instrumentos de Avaliação para a Intervenção “Executar Intervenção em Crise”

Diagnóstico de Enfermagem (Nível de Evidência)	Resultado de Enfermagem	Instrumento(s) de Avaliação
Ansiedade (1.c) (Stapleton, et al., 2006)	Ansiedade reduzida Autocontrolo da ansiedade melhorado	Resultado NOC “Nível de Ansiedade” (Moorhead et al., 2018) Resultado NOC “Autocontrolo da Ansiedade” (Moorhead et al., 2018)
Comportamento autodestrutivo (2.b) (Reisch et al., 1999)	Sem comportamento autodestrutivo	Resultado NOC “Automutilação” (Moorhead et al., 2018)
Humor depressivo (1.c) (Stapleton et al., 2006)	Humor melhorado	Resultado NOC “Nível de Depressão” (Moorhead et al., 2018)
Ideação suicida (2.b) (McBee-Strayer et al., 2019)	Sem ideação suicida	Resultado NOC “Vontade de Viver” (Moorhead et al., 2018)
Luto comprometido (1.a) (Rubel, 1999)	Luto	Resultado NOC “Resolução do Pesar [Luto]” (Moorhead et al., 2018)

Nota 1: Todos os diagnósticos de Enfermagem apresentados seguem a nomenclatura preconizada pelo International Council of Nurses (2019).

Nota 2: Todos os níveis de evidência apresentados têm por base as recomendações do Joanna Briggs Institute (2014).

Contraindicações / Critérios de Exclusão da Intervenção

- Todas as situações que ultrapassem o período de crise (até 12 semanas).
- Uma vez que a intervenção em crise é autolimitada no tempo, excluem-se situações crónicas ou de longa duração.
- Estado de descompensação/agudização da doença mental grave.

- Doença mental que, pela sua psicopatologia atual, inibe a capacidade de a pessoa participar num processo psicoterapêutico.
- Debilidade intelectual ou défice cognitivo grave.
- Perturbação da personalidade grave.

Na revisão da literatura realizada não foram encontradas quaisquer contraindicações formais para a realização da Intervenção em crise. Contudo, foi assumido por consenso de peritos que as contraindicações supramencionadas seriam fator de exclusão para a realização da mesma.

Procedimento (adaptado do modelo de intervenção em crise dos sete estádios de Roberts e Ottens (2005) e da Terapia Interpessoal (Stuart, 2012))

O procedimento da intervenção em crise deve, segundo os autores, salvaguardar os seguintes passos:

- 1) Planear e conduzir uma avaliação biopsicossocial completa e de letalidade / perigo iminente.
- 2) Realizar contacto psicológico e estabelecer rapidamente a relação de colaboração.
- 3) Identificar os principais problemas, incluindo os precipitantes da crise.
- 4) Encorajar uma exploração de sentimentos e emoções.
- 5) Gerar e explorar alternativas e novas estratégias de adaptação.
- 6) Restaurar o funcionamento por meio da implementação de um plano de ação.
- 7) Planear sessões de acompanhamento e reforço.

Sessão de Avaliação Inicial:

Realizar a avaliação inicial do utente.

Considerar que:

- O enfermeiro deve realizar uma avaliação biopsicossocial. Esta deve abranger os suportes/apoios e stressores ambientais do utente, necessidades médicas e medicamentos, consumo de drogas e álcool, métodos e recursos internos e externos (Eaton & Ertl, 2000).
- Avaliar a letalidade, em primeiro lugar, e verificar se o utente realmente realizou uma tentativa de suicídio, como ingestão de um veneno ou intoxicação voluntária medicamentosa. Se não, o enfermeiro deve avaliar o “potencial” do utente para automutilação. Esta avaliação requer questionar sobre pensamentos e sentimentos suicidas (exemplo: “Quando diz que não aguenta mais, é uma indicação de que está a pensar magoar-se?”).

- Avaliar a letalidade do plano de suicídio (por exemplo, a pessoa em crise tem um plano? Quão viável é o plano? A pessoa em crise tem um método em mente para concretizar o plano? Quão letal é o método? A pessoa tem acesso a meios de autolesão, como drogas ou arma de fogo?).
- Avaliar fatores de risco (por exemplo, se o utente fez tentativas de suicídio ou está socialmente isolado ou deprimido, a experienciar uma perda significativa, como o divórcio ou o luto).
- Considerar avaliar, de forma progressiva:
 - Características sociodemográficas.
 - Problemas atuais.
 - História de doença atual e acontecimentos precipitantes.
 - Estratégias de *coping* (adaptativas e mal-adaptativas) atuais e anteriores.
 - Histórico de doença mental, incluindo tratamentos psicossociais realizados (e utilidade percebida desses tratamentos), internamentos, medicação, tentativas de suicídio, e estado atual.
 - História de uso de substâncias e estado atual.
 - Histórico médico e estado atual.
 - História desenvolvimental.
 - História familiar e estado atual.
 - História social e estado atual.
 - História educacional e estado atual.
 - História vocacional e estado atual.
 - História religiosa/espiritual e estado atual.
 - Forças, valores, e estratégias de *coping* adaptativas.
- Questionar o utente se há algo mais que possa ser importante saber (mas que pode optar por não contar na avaliação inicial).
- Apresentar ao utente os primeiros resultados face aos dados colhidos (incluindo, eventualmente, uma primeira proposta de diagnóstico(s) de Enfermagem).
- Definir objetivos iniciais para a intervenção.
- Apresentar ao utente o número de sessões expectável (em formato de intervalo) e contraturalizar a sua periodicidade (preferencialmente semanais).
- Orientar o utente nos recursos internos e externos a que deve recorrer em SOS (por exemplo, ir ao serviço de urgência, estar sempre acompanhado por alguém, numa situação de ansiedade tentar pedir ajuda).

Sessões Iniciais (1-3):

A relação terapêutica é favorecida pela presença de condições oferecidas pelo enfermeiro, como autenticidade, respeito e aceitação do utente. Este é também o momento em que os traços, comportamentos ou forças de caráter fundamentais do enfermeiro se destacam para inspirar confiança e segurança no utente. Salienta-se o bom contacto visual, a atitude imparcial, a criatividade, a flexibilidade, a atitude mental positiva, o reforço de pequenos ganhos e a resiliência.

- 1) Informar que é uma intervenção **limitada no tempo** e **focada** na crise atual.
- 2) Estabelecer uma **relação terapêutica**.
- 3) Proporcionar uma atmosfera de **apoio e segurança**, e evitar uma falsa tranquilização.
- 4) Explorar **fatores** da crise atual:
 - Identificar os principais problemas ou precipitantes de crise.
 - O enfermeiro deve elucidar exatamente o que na vida do utente o levou a precisar de ajuda na atualidade. Portanto, a pergunta feita a partir de vários ângulos é “porquê agora?”, e encorajar o utente a concentrar-se numa implicação de cada vez.

O utente deve ter uma percepção exata do acontecimento que precipitou o estado de crise. Para isso, o enfermeiro deve: (a) ajudar o utente a contar e recontar o ocorrido; (b) definir o evento; (c) identificar o significado do acontecimento; e (d) ajudar a pessoa a adquirir uma compreensão intelectual da sua crise. Ao realizar a narrativa dos acontecimentos o utente vai ter uma nova perspetiva da sua vivência e vai possivelmente resignificá-la.

- 5) Avaliar as **expectativas** relativamente à situação atual.
- 6) Explorar a **vinculação é importante porque indica o modo como o utente se vai ligar ao enfermeiro**.

Com tempo e sensibilidade é possível observar e indicar ao enfermeiro o tipo de vinculação que a pessoa tem, que foi a forma que ela encontrou para lidar com as experiências prévias.

De acordo com o modelo de Bartholomew e Horowitz (1991), a vinculação pode ser segura (positiva), preocupada, amedrontada ou desligada (negativa).

- **Preocupada:** níveis elevados de ansiedade porque a pessoa considera que não é capaz de prover as suas próprias necessidades. Esta acredita que precisa dos outros, mas que eles nem sempre lhe poderão dar suporte/apoio e por isso têm um modelo de procura incessante de ajuda. Devido a esse padrão, esta esgota as outras pessoas, afastando-as, e tem dificuldade em ajudar os outros.

- **Desligada:** pessoas que tiveram experiências precoces, nas quais as suas necessidades emocionais foram parcialmente não satisfeitas, e criaram modelos, dos outros, que nunca as irão ajudar. Para além disso, desenvolveram a capacidade de sentir que apenas podem contar com elas mesmas e que são as únicas pessoas capazes de se autossatisfazerem. Exemplos disso são as personalidades narcísica e antissocial. Estas pessoas têm uma grande dificuldade em criar relações íntimas e de confiança.
- **Amedrontada:** pessoas que cresceram com a noção que não iam ter as suas necessidades satisfeitas pelos outros (inconsistência ou superproteção), tendo relações superficiais ou evitando-as. Por outro lado, não acreditam que sejam capazes de satisfazer as suas próprias necessidades emocionais, apresentando um comportamento de evitamento ou de procura compulsiva de satisfação das suas necessidades por parte dos outros.

7) Realizar um círculo de suporte/apoio social (averiguar as relações atuais):

- Desenhar dois círculos e pedir ao utente para colocar as pessoas mais importantes no círculo interno, e no externo as pessoas que estão próximas, mas são menos íntimas, e questionar acerca da função e qualidade de cada relação.

8) Em cooperação com o utente, perceber características protetoras e fatores de vulnerabilidade da pessoa, quer sociais, psicológicos e/ou biológicos.

9) Propor uma formulação (áreas de problema):

- **Disputas Interpessoais** (com companheira/o, familiares, colegas de trabalho).
- **Perda** (perda de uma relação significativa, luto, etc.).
- **Transição de papel** (novo emprego, papel de pai, etc.) (ex.: Quadro 5).

Quadro 5 – Exemplo de Formulação “Áreas de Problema”

FACTORES BIOLÓGICOS	FACTORES SOCIAIS	FACTORES PSICOLÓGICOS
<ul style="list-style-type: none"> • 28 anos (+) • História familiar de depressão (-) • Aborto (-) • Hipertensão (-) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cristã não praticante (+) • Casada (+) • Estudante de direito (+) 	<ul style="list-style-type: none"> • Personalidade ansiosa (-) • Medo de ser rejeitada (-) • Insegura (-) • Resiliente (+) • Carinhosa (+)
INDIVÍDUO ÚNICO		
Joana		
ÁREA-PROBLEMA		
Luto		
Transição de papéis		
Conflito Interpessoal		
DESCONFORTO EMOCIONAL		
<ul style="list-style-type: none"> • Choro fácil • Tristeza • Insónia 		

- 10)** Explorar estratégias de *coping* utilizadas no passado, averiguar a sua eficácia e verificar possíveis alternativas para a resolução do problema.

Nota 1: A duração das sessões ronda, habitualmente, os 45-50 minutos, mas a sessão inicial tem duração de cerca de uma hora.

Nota 2: A formulação apresentada pode ser utilizada no contexto da intervenção em crise; contudo, a sua seleção e organização deve ser definida pelo enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica face à situação e às necessidades específicas de cada utente.

Sessão/ões intermédia(s) (4-5):

O objetivo é explorar com o utente as expectativas e perceções sobre a área de problema. A imagem de marca nesta fase é a implementação e prática. Sem experimentar, a pessoa nunca irá integrar o que pensa e construir/desconstruir a realidade construída dentro de si.

O enfermeiro deve permitir que o utente expresse sentimentos, emoções, desabafos, e explique a sua história sobre a situação de crise atual. Com muita precaução, o enfermeiro deve eventualmente trabalhar respostas desafiadoras no diálogo de aconselhamento de crise. As respostas desafiadoras podem incluir dar informações, reenquadrar e interpretar. Respostas desafiadoras, se aplicadas de forma apropriada, ajudam a diminuir as crenças inadequadas dos utentes e a considerar outras opções comportamentais. Por exemplo, se uma jovem encontrou o namorado e a colega de quarto num abraço traidor, o enfermeiro pode permitir que a utente expresse os seus sentimentos de mágoa e ciúme, e conte a sua história de confiança traída. O enfermeiro, num momento criterioso, pode questionar em voz alta se ingerir medicamentos será a forma mais eficaz de esta expressar os seus sentimentos.

O enfermeiro e a utente podem começar a colocar opções, como um contrato de não suicídio para garantir a segurança da utente; ou discutir alternativas para esta encontrar uma morada temporária; ou considerar os prós e os contras de vários programas de ajuda mútua. É importante ter em mente que essas alternativas são melhores quando são geradas de forma colaborativa e quando as alternativas selecionadas são “propriedade” do utente. O enfermeiro pode questionar sobre o que a utente descobriu que funciona melhor consigo em situações semelhantes.

Nesta fase da intervenção, a dimensão cognitiva é essencial. Assim, a recuperação de um divórcio, ou morte de um filho, ou overdose de drogas requer dar algum significado ao evento de crise: por que é que isso aconteceu? O que significa? Quais são as construções alternativas que poderiam ter sido colocadas no evento? Quem estava envolvido? Como é que os eventos reais entraram em conflito com as expectativas de alguém? Que respostas (cognitivas ou comportamentais) à crise realmente pioraram as coisas? Trabalhar o significado do evento é importante para ganhar domínio sobre a situação e ser capaz de lidar com situações semelhantes no futuro.

Portanto, é importante ser o utente a definir a área de problema:

- 1) **Trabalho interpessoal** baseado no contrato realizado na fase inicial, após acordo da formulação referente às áreas de problema.
- 2) Técnicas **específicas** para ultrapassar a formulação interpessoal (Quadro 6).

Quadro 6 – Técnicas Específicas para Ultrapassar a Formulação Interpessoal

Estratégias para a Área de Problema		
Luto	Conflito	Transição de Papéis
Lamentar e aceitar a perda, reconstruindo o relacionamento, durante e após essa perda.	Identificar conflito e etapa: a) Renegociação; b) Impasse; c) Dissolução.	Lamentar e aceitar perda do papel anterior, reconstruindo o que perdeu.
Explorar novos ou restabelecer antigos interesses e relações.	Explorar opções: a) Determinar desejos, diferenças e expectativas e encontrar alternativas; b) Comunicar e renegociar; c) Resolver o término da forma menos prejudicial.	Aceitar o novo papel, sinalizando aspetos positivos. Desenvolver novas competências e relacionamentos para suportar a mudança.

Luto e Perdas

Quando o utente diz que perdeu alguém ou alguma coisa muito importante na sua vida (casamento, problema físico, etc.), importa que seja este a realizar as suas escolhas. Ao enfermeiro cabe:

- Facilitar o processo de luto e perda através de escuta ativa.
- Ajudar o utente a descrever a sua experiência de perda.
- Assistir o utente a narrar a sua experiência, como forma de se conectar a outros e a encontrar significado.
- Assistir o utente a construir novas relações interpessoais ou a modificar as suas atuais de forma a obter um maior suporte/apoio social.

Conflitos Interpessoais

O objetivo é ajudar o utente a compreender melhor o conflito, colaborar na resolução que melhore a comunicação interpessoal, e recorrer ao suporte social que é necessário. É importante recriar a narrativa em redor do conflito, mesmo que ela seja óbvia, isto é, saber como aconteceu, como é o padrão de comunicação, como estavam as coisas, o que aconteceu pouco depois do conflito, o que mudou. Isto pode originar:

- 1) Término da relação e recurso ao suporte social e a outras relações interpessoais.

- 2) Manutenção da relação com alterações das expectativas e recorrendo a suporte/apoio fora do relacionamento.
- 3) Manutenção da relação, mas fazendo mudanças positivas na mesma.

Transição de Papel

É importante recriar a narrativa em redor da transição, mesmo que ela seja óbvia. Saber como aconteceu, se foi planeada, como estavam as coisas, o que aconteceu pouco depois da transição, o que mudou, etc. Apesar de inicialmente esta poder ser considerada como uma perda, um recuo na sua vida, muitas vezes, após espaço para narrar as suas preocupações, sentimentos de perda, de não compreensão por parte dos outros, muitos utentes consideram que a transição foi um ponto importante na vida deles para certas mudanças, para se compreenderem, pedirem apoio de forma mais adequada para as suas necessidades, e ficarem mais ligados à sua vinculação. Cabe ao enfermeiro:

- 1) Avaliar a eficácia das intervenções negociadas e a dificuldade na sua implementação.
- 2) Ajudar a identificar rumos alternativos de ação para resolver a crise e possíveis consequências, e a decidir por uma opção.
- 3) Orientar o utente no sentido de se aliar aos recursos na comunidade, à rede de suporte/apoio familiar e social, e aos sistemas de apoio disponíveis.

Sessão Final (6):

O enfermeiro deve planear um contacto de acompanhamento com o utente após a intervenção inicial para garantir que a crise está em fase de resolução e para avaliar o *status* pós-crise do utente. Esta avaliação pode incluir a avaliação das seguintes dimensões:

- Condição física do utente (por exemplo, sono, nutrição, higiene).
- Domínio cognitivo do evento precipitante (o utente tem uma compreensão melhor do que aconteceu e por que aconteceu?).
- Uma avaliação do funcionamento geral, incluindo social, espiritual, de emprego e académico.
- Satisfação e progresso com o tratamento.
- Stressores atuais e como estão a ser tratados.
- Necessidade de possíveis referências (por exemplo, jurídicas, habitacionais, médicas).

O acompanhamento também pode incluir agendar uma sessão de “reforço” um mês após o término do protocolo de intervenção na crise. Os ganhos do tratamento e os problemas potenciais podem ser discutidos na sessão de “reforço”. Em caso de luto por morte, recomenda-se uma sessão próxima da data de aniversário da morte. Para os utentes vítimas de crimes violentos, recomenda-se uma sessão de acompanhamento próxima da data de aniversário de um mês e um ano do acontecimento.

Assim, nesta sessão, o enfermeiro deve:

- 1) Abordar resposta de **separação** à intervenção.
- 2) Avaliar com o utente se a crise foi ou não resolvida com o rumo escolhido.
- 3) Rever o processo terapêutico e o progresso.
- 4) Definir um plano de **contingência** (prevenção de recaídas) (por exemplo, perguntar o que poderia acontecer para voltar a recair e que estratégias / recursos poderá utilizar nessa situação)

5) Orientação:

- Rever com o utente as competências cognitivas/comportamentais, afetivas e interpessoais que este desenvolveu.
- Antecipar, juntamente com o utente, potenciais stressores e sintomas, e abordar:
 - As estratégias que o utente desenvolveu ao longo das sessões que este pode utilizar em resposta a esses stressores / sintomas;
 - As situações nas quais este deve procurar ajuda adicional, por parte de um profissional de saúde mental (exemplo: ideação suicida).
- Preparar o utente para a inevitabilidade das dificuldades que poderá vir a encontrar no futuro, mas também para o facto de ter agora mais ferramentas.
- Discutir os progressos do utente ao longo das sessões, elogiar esses progressos e enfatizar o seu papel nessas mudanças positivas.
- Dar resposta às potenciais preocupações do utente relativamente ao fim da intervenção.

Nota: Caso o enfermeiro pretenda realizar a intervenção em grupo, este deve seguir as mesmas etapas da intervenção individual acima apresentada, mas cumprindo os pressupostos / requisitos para a intervenção em grupo.

2. EXECUTAR TÉCNICA DE MODIFICAÇÃO DO COMPORTAMENTO

Definição

A modificação do comportamento trata-se de uma intervenção psicoterapêutica de Enfermagem que visa a “Promoção de mudança comportamental”, identificada na NIC (Butcher et al., 2018).

Enquadramento / Fundamentação

É uma intervenção que visa apoiar o funcionamento psicossocial, facilitar mudanças de estilo de vida, reforçar ou promover comportamentos desejáveis ou alterar comportamentos indesejáveis. É uma intervenção complexa por envolver múltiplos componentes interligados (Michie et al., 2013). Esta baseia-se na aplicação de princípios de aprendizagem bem definidos (Townsend, 2011). Os comportamentos podem ser aprendidos ou modificados através do condicionamento clássico (aprendizagem através da estimulação positiva associada a um comportamento), do condicionamento operante (reforços positivos ou negativos em função da resposta dada pela pessoa em algumas situações), pela aprendizagem por observação, ou por processos cognitivos (Sequeira & Sampaio, 2020b). Tem em conta a pessoa inserida no seu ambiente, e nessa perspetiva o comportamento é visto não como uma característica estável, mas como algo que varia em função das situações e contextos. São determinantes para a intervenção as características da pessoa, do contexto e do enfermeiro. Esta pode ser realizada individualmente ou em grupo, com um número de sessões a ser determinado de acordo com a necessidade (Sequeira & Sampaio, 2020b). É uma intervenção frequentemente combinada com técnicas da terapia cognitiva (Townsend, 2011). A literatura destaca a necessidade da escolha do ambiente apropriado para a realização da intervenção (Mazoruk et al., 2020).

Objetivo(s)

- Promover a modificação do comportamento ou facilitar a adaptação comportamental (Butcher et al., 2018).

Indicações Terapêuticas, Resultados de Enfermagem e Instrumentos de Avaliação

Quadro 7 – Indicações Terapêuticas, Resultados de Enfermagem e Instrumentos de Avaliação para a Intervenção “Executar Técnica de Modificação do Comportamento”

Diagnóstico de Enfermagem (Nível de Evidência)	Resultado de Enfermagem	Instrumento(s) de Avaliação
Abuso de álcool (5.c) (Sequeira & Sampaio, 2020b)	Sem abuso do álcool	Resultado NOC “Comportamento de Cessação do Abuso de Álcool” (Moorhead et al., 2018)
Abuso de drogas (5.c) (Sequeira & Sampaio, 2020b)	Sem abuso de drogas	Resultado NOC “Comportamento de Cessação do Abuso de Drogas” (Moorhead et al., 2018)
Abuso de tabaco (5.c) (Sequeira & Sampaio, 2020b)	Sem abuso de tabaco	Resultado NOC “Comportamento de Cessação do Tabagismo” (Moorhead et al., 2018)
Comportamentos aditivos sem substância (2a) (Zajac et al, 2017)	Sem comportamento aditivo sem substância	Teste de Dependência do Telemóvel para Adolescentes e Jovens Portugueses (Dias et al., 2019) Escala de Adição ao Smartphone – versão reduzida (Água et al., 2017) Teste de Dependência de Internet (Pontes et al., 2014) South Oaks Gambling Screen (Lopes, 2010)
Comportamento interativo comprometido (5.c) (Townsend, 2011)	Comportamento interativo efetivo	Resultado NOC “Habilidades de interação social” (Moorhead et al., 2018)
Humor depressivo (2.d) (Lin et al., 2019)	Humor melhorado	Resultado NOC “Nível de depressão” (Moorhead et al., 2018) Resultado NOC “Autocontrolo da depressão” (Moorhead et al., 2018)

Nota 1: Todos os diagnósticos de Enfermagem apresentados seguem a nomenclatura preconizada pelo International Council of Nurses (2019).

Nota 2: Todos os níveis de evidência apresentados têm por base as recomendações do Joanna Briggs Institute (2014).

Contraindicações / Critérios de Exclusão da Intervenção

- Estado de descompensação / agudização da doença mental (Drake et al., 2020).
- Debilidade intelectual ou déficit cognitivo grave (Drake et al., 2020; Gautam et al., 2020; Grant et al., 2005).
- Perturbação antissocial da personalidade (Gautam et al., 2020; Newman et al., 1997).
- Uso de técnicas de exposição imediata ao estímulo fóbico em estados de ansiedade intensa (implosão) (Townsend, 2011).

Procedimento

Sessão de Avaliação Inicial (Beck, 2021):

- Considerar avaliar, de forma progressiva:
 - Características sociodemográficas.
 - Problemas atuais.
 - História de doença atual e acontecimentos precipitantes.
 - Histórico de doença mental, incluindo tratamentos psicossociais realizados (e utilidade percebida desses tratamentos), internamentos, medicação, tentativas de suicídio, e estado atual.
 - História de uso de substâncias e estado atual.
 - Outros problemas de saúde e estado atual.
 - História desenvolvimental.
 - História familiar e estado atual.
 - História social e estado atual.
 - História educacional e estado atual.
 - História vocacional e estado atual.
 - História religiosa/espiritual e estado atual.
 - Estratégias de *coping* (adaptativas e mal-adaptativas) atuais e anteriores.
 - Forças, valores (recursos internos).
- Pedir ao utente para descrever um dia habitual, focando a atenção:
 - Na potencial existência de variações no humor.
 - Nas interações do utente com a família, amigos e colegas de trabalho.

- No nível de funcionalidade em casa e no trabalho.
- Na forma de ocupação do tempo livre.
- Questionar o utente se há algo mais que possa ser importante saber.
- Questionar o utente se este gostaria de convidar o(s) seu(s) acompanhante(s) (caso exista[m]) a participar na sessão.
- Validar com o utente a síntese da sua história.
- Apresentar ao utente as primeiras impressões face aos dados colhidos (incluindo, eventualmente, uma primeira proposta de diagnóstico(s) de Enfermagem).
- Definir objetivos iniciais para a intervenção.
- Apresentar ao utente o número de sessões expectável, periodicidade (preferencialmente semanais), duração e o seu funcionamento.

Sessão Inicial (Beck, 2021; Butcher et al., 2018; Hanson, 2005; Sequeira & Sampaio, 2020b):

- Apresentar ao utente o fundamento teórico que suporta a intervenção.
- Questionar o utente se existe algum problema / questão importante que não tenha ainda sido mencionado na avaliação inicial e que possa ser prioritário para a sessão.
- Avaliar o seu estado relacionado com humor, ansiedade, inquietação, preocupação, etc.
- Promover a consciencialização dos problemas da pessoa relacionados com o seu comportamento e os estímulos que o provocam.
- Demonstrar compreensão pelas dificuldades sentidas pela pessoa que reforçam o comportamento presente.
- Identificar especificamente qual o comportamento a mudar.
- Determinar qual o comportamento desejado de forma pormenorizada (objetivos concretos).
- Assistir a pessoa a identificar os seus recursos e reforça-los positivamente.
- Apresentar o(s) diagnóstico(s) de Enfermagem e discuti-lo(s) com o utente.
- Determinar a motivação para a mudança (consciencialização para essa necessidade).
- Estabelecer um compromisso terapêutico / contrato de suporte para a mudança (exemplo: contratação contingente – realização de contrato entre as partes envolvidas. Colocar por escrito: o que se pretende mudar; os reforços

a serem dados pela execução dos comportamentos desejados; e as consequências pelo não cumprimento do contrato). Todo o contrato deve apresentar alguma flexibilidade, uma vez que serve como guia condutor.

- Avaliar o envolvimento de pessoas significativas como suporte à intervenção.
- Instruir sobre estratégias de monitorização e registo da mudança de comportamento.
- Realizar um resumo da sessão e negociar com o utente algo que terá de concretizar entre as sessões.
- Pedir ao utente *feedback* acerca do decurso da sessão.

Nota: A sessão inicial deve ter a duração de uma hora.

Sessão/ões intermédia(s) (Butcher et al., 2018; Sequeira & Sampaio, 2020b):

Em todas as sessões intermédias:

Para iniciar:

- Avaliar o estado do utente relacionado com humor, ansiedade, inquietação, preocupação, etc.
- Reavaliar a motivação para a mudança.
- Incentivar o utente a verbalizar experiências positivas que tenha tido ao longo da semana.
- Reforçar positivamente os recursos que estão a ser mobilizados.
- Avaliar o progresso realizado desde a sessão anterior.

A realizar durante as sessões intermédias consoante a apreciação, promovendo uma consciencialização e adequação comportamental progressiva:

- Ajudar o utente a progressivamente identificar e compreender em que medida o seu pensamento afeta as suas emoções e reações (comportamentos).
- Assistir na consciencialização dos mecanismos ligados ao início deste comportamento desadaptativo.
- Ajudar a hierarquizar e consciencializar para os estímulos que progressivamente mais afetam o seu comportamento.
- Demonstrar compreensão pelas dificuldades sentidas pela pessoa ao longo deste processo de mudança.
- Decompor o comportamento não desejado em pequenos e mensuráveis objetivos de mudança.
- Desenvolver com a pessoa um percurso de mudança.

- Promover a aquisição progressiva de habilidades para cada fase da mudança.
- Reforçar recursos internos.
- Encorajar a substituição de hábitos não desejáveis por desejáveis.
- Determinar as ações a tomar para a obtenção do comportamento desejável.
- Identificar que fatores podem contribuir para a eficácia da estratégia de mudança.
- Analisar recursos de apoio formais e informais.
- Fomentar a aquisição de competências através de um reforço sistemático de componentes simples das competências ou tarefas.
- Assinalar e reforçar positivamente as modificações no sentido da mudança, valorizando as mais difíceis e as decisões tomadas autonomamente.
- Promover a aprendizagem e treino de comportamentos desejados através de técnicas como:
 - a)** Treino de autocontrolo (consciencialização, auto-observação, autoinstrução);
 - b)** Dessensibilização sistemática (relaxamento e exposição gradual ao estímulo ansiogénico):
 - Indicada para a superação de estímulos fóbicos. Há uma hierarquia de eventos que produzem ansiedade, e pelos quais se progride na terapia.
 - Por exemplo, no caso do medo de andar de elevador – intervenção progressiva: falar sobre andar de elevador; ver fotografias de elevadores; ir ao local onde se acede ao elevador apenas para observar; carregar no botão; entrar com alguém de confiança e sair antes das portas fecharem; entrar com alguém de confiança, deixar fechar as portas e depois abrir; subir um andar com alguém de confiança e descer pelas escadas; subir e descer com alguém de confiança; subir um piso sozinho e aumentar progressivamente.
 - Simultaneamente, criar estratégias facilitadoras de diminuição da ansiedade, quer nas etapas, quer depois na gestão comportamental (recorrer ao relaxamento através da respiração, a imagens mentais ansiolíticas, etc.). A progressão é feita consoante haja diminuição da ansiedade, ainda na fase de preparação da próxima etapa.
 - Por vezes os utentes não conseguem antecipar por imagens mentais a situação causadora de ansiedade nem o relaxamento. Neste caso, a estratégia deve ser ensinada no exercício real de exposição.

c) Modelagem (observação e aprendizagem):

- Aprendizagem de novos comportamentos através da imitação do comportamento de outras pessoas que sirvam de referência, pela sua qualidade.
- Por exemplo, o enfermeiro faz uma representação das dificuldades de comunicação interpessoal do utente (agressividade, insegurança, etc.) e posteriormente representa de forma mais assertiva para o utente observar. Depois o utente é instruído a imitar esse comportamento-modelo. Posteriormente deve acontecer a reflexão e o reforço positivo.

d) *Role-playing* (treino de comunicação assertiva na relação interpessoal). Pode servir como referência o exemplo anterior.

e) Implosão:

- Também usada para dessensibilizar estímulos fóbicos. Em vez de haver uma exposição progressiva aos estímulos, o utente é continuamente exposto a estímulos fóbicos (pelas imagens mentais) até que não sinta ansiedade. Pode causar desconforto psicológico e menos durabilidade da melhoria que a dessensibilização sistemática. É desaconselhada para pessoas com uma frágil adaptação psicológica.
- Sinalizar quando o utente aparenta estar sem sintomas e com o comportamento desejado (no momento mais oportuno).
- Discutir a mudança comportamental desejada com alguém significativo para a pessoa (se apropriado).
- Incluir pessoas significativas no processo de mudança (se apropriado).
- Estimular a interação com pessoas que superaram a mesma dificuldade.

Nota 1: As estratégias apresentadas podem ser utilizadas no contexto da modificação de comportamento; contudo, a sua seleção e organização devem ser definidas pelo enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica face à situação e às necessidades específicas de cada utente.

Nota 2: O recurso ao role-playing pode ser utilizado como forma de permitir o treino para a modificação do comportamento.

Nota 3: A duração de cada sessão deve variar entre 45-60 minutos.

Em todas as sessões intermédias:

Para terminar:

- Realizar o resumo e a avaliação da sessão.

GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS

- Negociar os objetivos a atingir até a sessão seguinte.
- Instruir e reforçar estratégias de monitorização e registo do comportamento (Quadro 8).

Quadro 8 – Registo de Comportamentos

Data / hora	Situação	Associação	Emoção/ões	Adequação
	1. Qual foi o seu comportamento? 2. Qual o contexto?	1. Que acontecimento (externo ou interno) está associado ao comportamento mal-adaptativo que adotou?	1. Que emoção/ões (triste / ansioso / zangado / etc.) sentiu (antes, durante ou após o comportamento mal-adaptativo)? 2. Quão intensa (0-100%) foi essa emoção?	1. Que comportamento seria desejável nessa situação?
Questões auxiliares para compor uma resposta adaptativa: (1) Que tipo de comportamento teve? (2) Existe alguma explicação alternativa para esse comportamento? (3) O que aconteceu com esse comportamento? (4) Qual é o comportamento mais adequado nessa situação? (5) O que aconteceria se modificasse o comportamento?				

Sessão Final (Beck, 2021; Butcher et al., 2018):

- Avaliar o estado do utente relacionado com o humor, ansiedade, inquietação, preocupação, etc.
- Antecipar, juntamente com o utente, potenciais stressores e sintomas, e abordar:
 - As estratégias que o utente desenvolveu ao longo das sessões que este pode utilizar em resposta a esses stressores / sintomas.
 - As situações nas quais deve procurar ajuda adicional por parte de um profissional de saúde mental (exemplo: ideação suicida).
- Apreciar e consciencializar para as mudanças comportamentais conseguidas ao longo da intervenção, valorizando o seu papel nessas mudanças.
- Consensualizar a visão e limites do comportamento desejado.

- Preparar o utente para a inevitabilidade das dificuldades que poderá vir a encontrar no futuro, mas também para o facto de ter agora mais ferramentas para as enfrentar.
- Analisar a continuidade de recursos formais e informais.
- Estimular a continuidade de interação com pessoas que superaram a mesma dificuldade (quando apropriado).
- Dar resposta às potenciais preocupações do utente relativamente ao fim da intervenção, tendo em conta o seu estágio de motivação para a mudança (preparação, ação, manutenção).
- Reforçar a importância da automonitorização do seu estado e registo do comportamento.
- Estabelecer momentos e a via do *follow-up* (presencial / à distância).
- Rever o ponto de partida, todos os ganhos e dificuldades da intervenção, e determinar as situações em que o utente deve pedir ajuda.
- Consciencializar o utente para o estágio de motivação em que se encontra.
- Documentar e comunicar o processo de modificação à equipa multidisciplinar (se necessário).
- Encaminhar para outro profissional se necessário (caso os objetivos não tenham sido atingidos).

Nota final: A técnica de modificação do comportamento pode ser utilizada simultaneamente com a entrevista motivacional, sendo que esta deve ocorrer previamente nos casos em que a pessoa se encontra em fase de pré-contemplação ou contemplação.

3. EXECUTAR ACONSELHAMENTO

Definição

O aconselhamento consiste na utilização de um processo interativo de ajuda centrado nas necessidades, problemas ou sentimentos da pessoa e pessoas significativas para promoção e otimização dos mecanismos de *coping*, resolução de problemas e relações interpessoais (Butcher et al., 2018).

Enquadramento/Fundamentação

O aconselhamento é uma intervenção terapêutica que visa promover o *insight* da pessoa e da situação em que esta se encontra, existindo uma preocupação em reforçá-la através da promoção da autoestima e autoconceito positivo. Deste modo, serão esperadas mudanças ao nível das relações interpessoais e dos vários sistemas da pessoa através da promoção de estratégias de resolução de problemas e da aquisição de competências sociais (Scheffer, 1983). A finalidade última do aconselhamento será o autoconhecimento e a perceção dos limites e fronteiras da pessoa (Patterson & Eisenberg, 1995).

O aconselhamento centra-se nos aspetos saudáveis da pessoa, sendo um tipo de ajuda especializada que se orienta para a resolução de problemas e intervenção em crise. Pode ser um processo formal ou informal, de duração longa ou breve, em contexto público ou privado (Scheffer, 1983). A periodicidade poderá ser semanal, bissemanal, quinzenal e/ou ajustável às necessidades da pessoa. O aconselhamento foca-se, principalmente, no presente e orienta-se fundamentalmente para a ação e para a prevenção (Trindade & Teixeira, 2000).

O papel do aconselhamento enquanto estratégia de intervenção de enfermagem apresenta-se pouco estudado e documentado em Portugal. Contudo, o reconhecimento da sua importância para a disciplina de Enfermagem, na especialidade de Saúde Mental e Psiquiatria, tem sido amplamente discutido e fundamentado no contexto internacional. Peplau (1962) distingue dois tipos de aconselhamento e realça que uma intervenção mais profunda deverá ser realizada por um enfermeiro especialista em ESMP com o grau académico de Mestre. “*The counseling role, not a half dozen other subroles, is the heart of psychiatric nursing*” (Peplau, 1962, p. 50).

Importa referir que será abordado o aconselhamento enquanto estratégia de intervenção e orientado para a definição preconizada pela Classificação das Intervenções de Enfermagem (Butcher et al., 2018).

Objetivo(s)

- Promover o autoconhecimento (Patterson & Eisenberg, 1995)
- Promover e potencializar os mecanismos de *coping*, resolução de problemas e relações interpessoais (Butcher et al, 2018).
- Apoiar a pessoa no processo de tomada de decisão (Coelho & Sequeira, 2020).

Indicações Terapêuticas, Resultados de Enfermagem e Instrumentos de Avaliação

Quadro 9 – Indicações Terapêuticas, Resultados de Enfermagem e Instrumentos de Avaliação para a Intervenção “Executar Aconselhamento”

Diagnóstico de Enfermagem (Nível de Evidência)	Resultados de Enfermagem	Instrumento(s) de Avaliação
Abuso do álcool (3.e) (Patel et al., 2020)	Sem abuso do álcool	Resultado NOC “Comportamento de Cessação do Abuso de Álcool” (Moorhead et al, 2018)
Abuso de drogas (2.c) (Fiorentine & Douglas Anglin, 1997)	Sem abuso de drogas	Resultado NOC “Comportamento de Cessação do Abuso de Drogas” (Moorhead et al, 2018)
Abuso do tabaco (1.c) (Tedeschi et al., 2005)	Sem abuso do tabaco	Resultado NOC “Comportamento de Cessação do Tabagismo” (Moorhead et al, 2018)
Ansiedade (1.c) (Ali et al., 2003)	Ansiedade reduzida	Resultado NOC “Nível de Ansiedade” (Moorhead et al, 2018)
Autoconceito comprometido (2.d) (Aricak, 2002)	Autoconceito positivo	Resultado NOC “Autoestima” (Moorhead et al., 2013) Resultado NOC “Imagem Corporal” (Moorhead et al, 2018)

GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS

Comportamento aditivo sem substância (2.d) (Kim, 2008)	Sem comportamento aditivo sem substância	Teste de Dependência do Telemóvel para Adolescentes e Jovens Portugueses (Dias et al., 2019) Escala de Adição ao Smartphone – versão reduzida (Água et al., 2017) Teste de Dependência de Internet (Pontes et al., 2014) South Oaks Gambling Screen (Lopes, 2010)
Comportamento agressivo (2.d) (Gochani et al., 2015)	Sem comportamento agressivo	Resultado NOC “Autocontenção da agressividade” (Moorhead et al, 2018)
Comportamento alimentar comprometido (1.c) (Yildirim & Aylaz, 2021)	Comportamento alimentar efetivo	Resultado NOC “Autocontrolo de distúrbio alimentar” (Moorhead et al, 2018)
Comportamento autodestrutivo (1.c) (Perera Ramani & Kathriarachchi, 2011)	Sem comportamento autodestrutivo	Resultado NOC “Automutilação” (Moorhead et al, 2018) Resultado NOC “Autocontenção do suicídio” (Moorhead et al, 2018)
Humor depressivo (1.c) (Parhiala et al., 2020)	Humor melhorado	Resultado NOC “Nível de Depressão” (Moorhead et al, 2018)
Ideação suicida (1.c) (Perera Ramani & Kathriarachchi, 2011)	Sem ideação suicida	Resultado NOC “Vontade de Viver” (Moorhead et al, 2018)
Luto disfuncional (4.a) (Daneker & Cashwell, 2005; Stroebe et al., 2003)	Luto	Resultado NOC “Resolução do Pesar [Luto]” (Moorhead et al, 2018)
Stresse (1.c) (Pearce et al., 2017)	Stresse diminuído	Resultado NOC “Nível de Stresse” (Moorhead et al, 2018)

Nota 1: Todos os diagnósticos de Enfermagem apresentados seguem a nomenclatura preconizada pelo International Council of Nurses (2019).

Nota 2: Todos os níveis de evidência apresentados têm por base as recomendações do Joanna Briggs Institute (2014).

Contraindicações / Critérios de Exclusão da Intervenção

- Doença mental que, pela sua psicopatologia atual, inibe a capacidade de a pessoa participar num processo psicoterapêutico.
- Debilidade intelectual ou défice cognitivo grave.
- Perturbação da personalidade grave.

Na revisão da literatura realizada não foram encontradas contra-indicações formais para a realização do aconselhamento. Contudo, foi assumido em consenso de peritos que as contra-indicações supramencionadas seriam fator de exclusão para a realização de aconselhamento.

Procedimento (Butcher et al, 2018; Patterson & Eisenberg, 1995)

Sessão Inicial:

Na sessão/sessões inicial/iniciais o enfermeiro especialista em ESMP deverá preocupar-se com o estabelecimento da relação terapêutica. A pessoa que procura ajuda encontra-se numa situação de fragilidade e vulnerabilidade sem que o contexto seguro da relação terapêutica esteja assegurado. Assim, o enfermeiro especialista em ESMP deverá demonstrar interesse pela pessoa, observar e apreender a sua expressão e comportamento, a sua linguagem verbal e não-verbal e a sua visão do mundo. Simultaneamente, o enfermeiro especialista em ESMP deverá estar atento à sua própria postura, comportamento, linguagem verbal e não-verbal e ter uma atitude facilitadora para o estabelecimento da relação terapêutica. Por conseguinte, será importante nesta fase inicial:

- Assegurar a privacidade e garantir a confidencialidade.
- Auxiliar a pessoa a identificar o problema ou a situação que lhe causa sofrimento e situar no contexto em que ocorre.
 - O enfermeiro especialista em ESMP poderá compreender o significado pessoal atribuído e a importância que este tem para a pessoa.
 - Usar questões e afirmações abertas que favoreçam o desenvolvimento da problemática abordada, nomeadamente “conte mais sobre...; ajude-me a compreender melhor...; ajude-me a compreender melhor o que está a pensar sobre a situação...”
 - Poderá ser importante clarificar o que é dito, parafraseando-o de uma forma diferente.

- O enfermeiro deverá utilizar uma linguagem clara para descrever situações da vida da pessoa e ajudá-la a identificar claramente o que pretende dizer e que significado lhe atribui, evitando situações de ambiguidade.
 - Encorajar a expressão de sentimentos e emoções.
 - Permite que a pessoa tome consciência das suas emoções e preocupações. Promove o processo de tomada de consciência.
 - O enfermeiro poderá ajudar a clarificar o que é dito através da identificação da emoção que lhe está associada. “Parece-me que se sente... relativamente a esta situação.”
- Definir objetivos.
 - Estabelecer a duração da relação de aconselhamento.

Sessões Intermédias:

Nas sessões intermédias o enfermeiro especialista em ESMP deverá estar consciente que se encontra na fase de desenvolvimento da intervenção e por conseguinte, numa etapa mais exaustiva emocionalmente. Nesta altura a pessoa deverá desenvolver uma compreensão mais profunda dos significados das suas preocupações, revelando um maior conhecimento de si, do contexto no qual se encontra inserida e dos padrões de resposta que se encontram inscritos na sua vivência. Deste modo, atribui-se a responsabilidade à pessoa da formulação e reformulação de objetivos para o seu processo de aconselhamento e conseqüente mudança no seu estilo de vida. A função do enfermeiro especialista em ESMP adquire especial importância nesta fase, uma vez que este deverá favorecer a ampliar os recursos da própria pessoa para uma maior compreensão de Si. Consequentemente, o enfermeiro especialista em ESMP deverá munir-se de técnicas potenciadoras da reflexão e elaboração, como a empatia, a confrontação, a interpretação e a dramatização. Deverá utilizar as suas percepções diagnósticas como facilitadoras do processo de reflexão que conduzirá o utente ao diagnóstico da sua própria situação. Deste modo, o enfermeiro especialista em ESMP deverá:

- Usar técnicas que promovam a reflexão e clarificação para facilitar a expressão de preocupações.
 - Será importante manter e aprofundar a relação com a pessoa de modo a diversificar e aprofundar as estratégias de intervenção.
 - A relação deverá encontrar-se numa fase de menor fragilidade que permita ampliar os limites da intervenção dentro da área de conforto e tolerabilidade da pessoa.
- Auxiliar a pessoa a listar e priorizar todas as possíveis alternativas a um problema.

- Solicitar à pessoa que identifique o que consegue ou não consegue fazer sobre o problema identificado.
- Determinar a forma como o comportamento da família afeta a pessoa.
- Verbalizar a discrepância entre os sentimentos e o comportamento da pessoa.
 - O desenvolvimento de estratégias que impliquem a mobilização da fragilidade do outro só será possível se o estabelecimento da relação terapêutica tiver ocorrido de forma significativa na fase inicial.
- Identificar todas as diferenças entre a visão que a pessoa tem da situação e a visão do enfermeiro especialista em ESMP e da equipa de saúde (se adequado).
 - A avaliação da dinâmica relacional e do comportamento da pessoa pelo enfermeiro especialista em ESMP deverá ser, gradualmente, expressa e com grande sensibilidade.
 - A expressão da avaliação deverá assumir uma compreensão profunda do mundo da pessoa e uma preocupação genuína com o seu bem-estar. A confrontação, a existir, deverá ser realizada de forma positiva e permitir à pessoa um conhecimento mais aprofundado de si e do mundo à sua volta.
 - A pessoa deverá ter sempre liberdade de aceitar, rejeitar ou alterar a visão que outro apresenta de si e nesse processo aumentar a consciência e impressão que tem de si própria.
- Oferecer informação concreta, conforme necessário e adequado.
- Usar diferentes mediadores da relação (por exemplo: expressão plástica, vídeos, áudios) que potenciem a autoperceção da pessoa e os conhecimentos do enfermeiro sobre a situação, quando adequado.
- Auxiliar a pessoa a identificar pontos fortes e reforçá-los.
- Encorajar o desenvolvimento de novas competências, conforme apropriado.
- Encorajar a substituição de hábitos indesejáveis por desejáveis.
 - A fase de desenvolvimento da intervenção poderá ser muito exigente para a pessoa, pois esta confronta-se de forma repetida com a inadequação do seu comportamento. Contudo, o enfermeiro especialista em ESMP deverá assegurar que as observações realizadas não são críticas à sua pessoa, mas sim afirmações que permitam ajudar a tomar consciência de comportamentos ou tomadas de decisão menos satisfatórios para si.
- Desencorajar, sempre que possível, o processo decisório quando a pessoa estiver sob pressão/stress severo.

Sessão Final:

Na fase final o enfermeiro especialista em ESMP deverá, em conjunto com o utente, construir alternativas e criar possibilidades de resposta, de modo a estruturar e organizar um processo de tomada de decisão consciente e coerente com a realidade. Concomitantemente, a pessoa irá testar as alternativas que de acordo com a sua existência e vivência relacional lhe façam maior sentido, estabelecendo um plano para alcançar os objetivos ambicionados. A pessoa, nesta fase, confronta-se com os seus próprios receios e anseios, pois a utilização de um plano estratégico implica uma elevada confiança e sentimento de si própria, estes últimos construídos ao longo de todo o processo. Nesta fase a experiência da relação e a vivência com o enfermeiro especialista em ESMP deverão transpor o *setting* terapêutico, de forma a promover a ambicionada mudança de comportamento e dos padrões de resposta previamente adquiridos. Assim, será importante:

- Refletir sobre o desenvolvimento de novos padrões de resposta.
 - O enfermeiro especialista em ESMP deverá ajudar o outro a identificar diferentes alternativas de ação face aos resultados pretendidos pela pessoa.
 - Se no processo de mudança de comportamento os resultados obtidos não forem os desejados será importante reforçar o processo de regulação emocional da pessoa face ao ocorrido, valorizando a capacidade de domínio das emoções em situações difíceis ou que não correspondam às expectativas.
- Reforçar a aquisição de novas competências.
- Avaliar o percurso desenvolvido no processo terapêutico.
 - Perceber se existe alguma situação que careça de preocupação ou que necessite de intervenção. Se a pessoa sentir que não há nada que possa acrescentar ou modificar será importante reforçar que foi feito tudo o que era possível com os recursos existentes no momento.
- Acentuar marcos importantes para a pessoa no processo terapêutico.

O término do processo de aconselhamento deverá ser preparado desde o início da intervenção. Contudo, destaca-se a importância de uma avaliação concertada com a pessoa, nomeadamente do percurso desenvolvido por esta e da prossecução dos objetivos elaborados e definidos para aquele processo, denotando-se uma consistência e adequabilidade dos padrões de resposta face às dificuldades e aos fatores adversos; se este necessitar de um acompanhamento ou suporte que não pode ser satisfeito pelo processo de aconselhamento em si ou pelo técnico de referência, ressalva-se a importância da articulação com outros técnicos da equipa multidisciplinar e/ou com outros serviços de apoio.

4. EXECUTAR TÉCNICA DE MEDIAÇÃO ARTÍSTICO-EXPRESSIVA

Definição

Executar técnica de mediação artístico-expressiva implica o uso intencional de mediadores artístico-expressivos (expressão plástica, expressão corporal, expressão vocal, musical, expressão dramática ou escrita) com finalidade terapêutica.

Enquadramento / Fundamentação

A NIC define a intervenção de Enfermagem “Terapia pela Arte” enquanto facilitação da comunicação através do desenho ou outras formas de arte (Butcher et al., 2018).

Em Enfermagem, e enquanto intervenção psicoterapêutica e competência do enfermeiro especialista em ESMP, esta intervenção define assim o uso dos mediadores artístico-expressivos como promotores da comunicação, relação terapêutica e facilitadores da intervenção psicológica. Entende-se por mediador artístico-expressivo a ação, atividade, instrumento ou proposta que permite a expressão livre do participante (Ferraz, 2009).

O enfermeiro, não sendo arteterapeuta (ou semelhante), recorre por isso a técnicas e recursos validados por diferentes disciplinas e contextualiza-as no âmbito da intervenção especializada de Enfermagem, de acordo com o seu referencial próprio.

Objetivo(s)

- Proporcionar um ambiente de liberdade expressiva, possibilitando trabalhar dificuldades com recurso a diferentes técnicas artísticas, e procurando facilitar e aprofundar a intervenção psicológica (Ferraz, 2009).

O uso dos mediadores artístico-expressivos permite a facilitação da comunicação (consciente e inconsciente), expressão e exploração do *self*, emoções, pensamento, comportamento e relações interpessoais (Malchiodi, 2005). O processo criativo é considerado enquanto mediador entre o mundo interno e externo, facilitando a reflexão e autoconhecimento.

Indicações Terapêuticas, Resultados de Enfermagem e Instrumentos de Avaliação

Quadro 10 – Indicações Terapêuticas, Resultados de Enfermagem e Instrumentos de Avaliação para a Intervenção “Executar Técnica de Mediação Artístico-Expressiva”

Diagnóstico de Enfermagem (Nível de Evidência)	Resultados de Enfermagem	Instrumento(s) de Avaliação
Abuso de drogas (1.a) (Megrarahan & Lynskey, 2018)	Sem abuso de drogas	Resultado NOC “Comportamento de cessação de uso de drogas” (Moorhead et al., 2018)
Alucinação (1.c) (Ertekin Pinar & Tel, 2018)	Alucinação melhorada	PSYRATS (Telles-Correia et al., 2017)
Ansiedade (1.c) (Bräuninger, 2012; Horne-Thompson & Grocke, 2008; Sandmire et al., 2012)	Ansiedade reduzida	Resultado NOC “Nível de Ansiedade” (Moorhead et al., 2018)
Autoconceito comprometido (2.c) (Ching-Teng et al., 2019)	Autoconceito positivo	Resultado NOC “Autoestima” (Moorhead et al., 2018) Resultado NOC “Autoimagem” (Moorhead et al., 2018)
Cognição comprometida (1a) (Lee et al., 2019; Mahendran et al., 2018)	Cognição melhorada	Resultado NOC “Cognição” (Moorhead et al., 2018)
Comunicação expressiva comprometida (1.c) (Lim et al., 2018; Woolford et al., 2015)	Comunicação efetiva	Resultado NOC “Comunicação” (Moorhead et al., 2018)
Comportamento interativo comprometido (1.c) (Köiv & Kaudne, 2015; Lim et al., 2018)	Comportamento interativo efetivo	Resultado NOC “Habilidades de Interação social” (Moorhead et al., 2018)
Comportamento agressivo (2.c) (Köiv & Kaudne, 2015)	Sem comportamento agressivo	Resultado NOC “Autocontenção da Agressividade” (Moorhead, et al., 2018)
Humor depressivo (1.a) (Aalbers et al., 2017; Bell & Robbins, 2007; Blasio et al., 2015; Kimport & Robbins, 2012)	Humor melhorado	Resultado NOC “Nível de Depressão” (Moorhead et al., 2018)
Luto (1.d) (McGuinness et al., 2015)	Luto	Resultado NOC “Resolução do Pesar [Luto]” (Moorhead et al., 2018)
Pensamento comprometido (1.c) (Hanevik et al., 2013; Montag et al., 2014; Talwar et al., 2006)	Distorção do pensamento reduzida	Resultado NOC “Autocontrole do Pensamento Distorcido” (Moorhead et al., 2018)

Nota 1: Todos os diagnósticos de Enfermagem apresentados seguem a nomenclatura preconizada pelo International Council of Nurses (2019).

Nota 2: Todos os níveis de evidência apresentados têm por base as recomendações do Joanna Briggs Institute (2014).

Contraindicações / Critérios de Exclusão da Intervenção

Os mediadores artístico-expressivos permitem a utilização de diferentes recursos técnicos. Esta diversidade que caracteriza a intervenção limita a indicação de contraindicações, na medida em que cabe à avaliação do enfermeiro a adequação do seu uso específico.

Não se constituindo *per se* como contraindicações, algumas das questões a ter em conta na ponderação dos mediadores prendem-se com:

- O nível do funcionamento dos participantes.
- As alterações da cognição.
- As alterações do comportamento.
- As alterações da perceção e pensamento.
- A capacidade para simbolizar e refletir.
- A motivação.

Procedimento

A duração das sessões depende do *setting* em que elas ocorrem. Num *setting* institucional geralmente têm uma duração entre 50 a 90 minutos (Knill et al., 2005).

Sessão Inicial:

A sessão inicial deve centrar-se na definição de objetivos da intervenção (explorar dificuldades e expectativas) e abordagem de mediadores (identificação de gostos, necessidades e potencialidades).

É importante perceber qual o mediador artístico-expressivo mais confortável para a pessoa, que poderá servir de ponto de partida para a intervenção psicoterapêutica (Hinz, 2009). Na primeira sessão é também sugerida a liberdade de escolha dos materiais e tarefas, de forma a demonstrar a preferência de expressão, embora no trabalho psicoterapêutico se saliente o equilíbrio necessário entre o experienciar o que é confortável/conhecido com a experiência do desconhecido, e o controlo com a incerteza (Hinz, 2009).

Os elementos de avaliação da primeira sessão podem considerar:

- Mediador preferido (propriedades, nível de motivação para a escolha, risco).
- Interação com o mediador (limites, investimento, tolerância à frustração, nível de energia, *coping skills*).

- Elementos expressivos do produto final (estádio de desenvolvimento, qualidade da linha, forma, uso do espaço, uso da cor, integração, simbolismo, organização).
- Comunicação verbal (qualidade, volume, débito e coerência do discurso) (Hinz, 2009).

Esta avaliação inicial possibilita perceber o grau de motivação, criatividade, necessidades estruturais e sublimação da pessoa, permitindo a sugestão de métodos e tarefas apropriadas (Kelly, 1988).

Sessão/ões intermédia(s):

As sessões intermédias devem focar-se nos objetivos definidos e obedecer a uma estrutura básica, em que se identifiquem no mínimo e claramente as diferentes fases de início, desenvolvimento e término da sessão. A forma como um profissional em particular escolhe e facilita o início e o término da sessão é definida pela sua própria experiência e conhecimento (Knill et al., 2005). A estrutura das sessões é flexível e de acordo com o mediador escolhido.

A estrutura das sessões pode englobar (baseado em Jones (2007), Knill (2005) e Strongwater (2018)) (Quadro 11):

Quadro 11 – Estrutura das Sessões de Mediação Artístico-Expressiva

1. Foco	<ul style="list-style-type: none">• Centrar no aqui e agora.• Momento de validação da presença e de sentimentos/emoções/pensamentos no momento.• Pode englobar abordagem do tema da sessão.
2. Aquecimento	<ul style="list-style-type: none">• Fase de preparação para o evento principal (de acordo com a atividade principal escolhida pode incluir aquecimento físico, da imaginação, vocal ou outro).
3. Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• Fase da sessão em que é realizada a atividade com recurso ao mediador escolhido.• Pode contemplar elemento de ligação com a fase anterior.• Deve contemplar facilitação da reflexão do processo criativo/sessão, que poderá ser realizada verbalmente ou com recurso artístico.
4. Encerramento	<ul style="list-style-type: none">• Centrar no aqui e agora.• Possibilidade de ritual de encerramento.

Os passos contemplados na estruturação das sessões permitem facilitar a experiência, quer o evento principal se centre no uso criativo da imaginação e simbólico, quer no real e concreto. Knill (2005) propõe uma sequência de observações que pode ser usada na promoção da discussão/reflexão, que parte do concreto e termina no pessoal e subjetivo. Salienta ainda a importância do cumprimento da sequência na elaboração da resposta à última questão. Assim, considera:

- 1) A “**superficialidade**” do trabalho (compreende questões relativas a características do trabalho, qualidade do material, estrutura e forma, dependendo as questões do mediador utilizado).
- 2) O “**processo**” (questões relacionadas com as características das estratégias adotadas – o que foi experimentado, o que resultou, o que falhou, como sabe, o que ajudou a continuar, o que o surpreendeu no trabalho, o que esperava quando começou e o que mudou).
- 3) A “**experiência**” (pretende-se a comparação da pessoa no início e no final do trabalho).
- 4) “**O que o trabalho diz, o seu significado**” (diferentes formas de abordagem podem ser consideradas de acordo com o mediador utilizado).

Sessão Final:

A última sessão pode englobar uma revisão do trabalho realizado, um sumário de progresso, que reforce a integração de conhecimento ganho nas sessões (Hinz, 2009).

5. EXECUTAR TÉCNICA DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Definição

As habilidades de resolução de problemas referem-se ao conjunto de atividades cognitivo-comportamentais pelas quais uma pessoa tenta descobrir ou desenvolver soluções efetivas ou formas de lidar com problemas da vida real (Eskin, 2012).

Enquadramento / Fundamentação

No decurso da vida as pessoas são confrontadas com diversas situações que necessitam de ser resolvidas com recurso a métodos novos ou a outros já utilizados anteriormente em experiências pregressas, de modo a evitar e/ou controlar situações de stress. Tais vivências, previsíveis ou não, requerem suporte da rede de apoio (pessoal, emocional, instrumental), com o objetivo de ultrapassar o obstáculo imposto por cada situação. Porém, nem sempre as situações experienciadas são passíveis de ser ultrapassadas autonomamente, pelo grau de complexidade que apresentam, pelo que pode ser necessário recorrer à ajuda de um profissional de saúde (Lourenço, 2019).

Quando estas condições não são verificadas, encontram-se dificuldades de funcionamento ao nível dos processos cognitivos, indispensáveis para resolver os problemas quotidianos. Neste sentido, é evidente a necessidade de introduzir a utilização de estratégias de intervenção de nível psicoterapêutico que dão suporte ao utente para que este desenvolva mecanismos de defesa e de adaptação face às situações adversas enfrentadas, de entre as quais se destaca a técnica de resolução de problemas (Lourenço, 2019).

Objetivo(s)

- Esta intervenção, para além de auxiliar na resolução de problemas do utente, pretende, como intervenção psicoterapêutica que é, objetivar a aquisição de consciência sob si próprio e daquilo que é um problema, de modo a que este consiga integrar a experiência vivenciada e realizar as mudanças necessárias para conseguir percorrer o seu caminho com sucesso na vida (Eskin, 2012).

Indicações Terapêuticas, Resultados de Enfermagem e Instrumentos de Avaliação

Quadro 12 – Indicações Terapêuticas, Resultados de Enfermagem e Instrumentos de Avaliação para a Intervenção “Executar Técnica de Resolução de Problemas”

Diagnóstico de Enfermagem (Nível de Evidência)	Resultados de Enfermagem	Instrumento(s) de Avaliação
Ansiedade (1.c) (Kleiboer, 2015)	Ansiedade reduzida Autocontrolo da ansiedade melhorado	Resultado NOC “Nível de Ansiedade” (Moorhead et al., 2018) Resultado NOC “Autocontrolo da Ansiedade” (Moorhead et al., 2018)
Humor depressivo (1.a) (Bell & D’Zurilla, 2009)	Humor melhorado	Resultado NOC “Nível de Depressão” (Moorhead et al., 2018)
Ideação suicida (2.b) (Eskin et al, 2008)	Sem ideação suicida	Resultado NOC “Vontade de Viver” (Moorhead et al., 2018)

Nota 1: Todos os diagnósticos de Enfermagem apresentados seguem a nomenclatura preconizada pelo International Council of Nurses (2019).

Nota 2: Todos os níveis de evidência apresentados têm por base as recomendações do Joanna Briggs Institute (2014).

Contraindicações / Critérios de Exclusão da Intervenção

- Estado de descompensação / agudização da doença mental.
- Debilidade intelectual ou défice cognitivo grave.
- Perturbação antissocial da personalidade.

Na revisão da literatura realizada não foram encontradas contraindicações formais para a realização da técnica de resolução de problemas. Contudo, foi assumido em consenso de peritos que as contraindicações supramencionadas seriam fator de exclusão para a realização da mesma.

Procedimento (adaptado da Terapia da Resolução de Problemas de Eskin (2012))

Sessão de Avaliação Inicial:

Nesta primeira etapa da intervenção deve procurar-se entender e avaliar o utente, bem como compreender as dificuldades pelas quais este está a passar.

- Considerar avaliar, de forma progressiva:
 - Caraterísticas sociodemográficas.
 - Problemas atuais (avaliar de forma sistemática o grau em que o utente é afetado pelos problemas, assim como os níveis de habilidade de resolução dos mesmos que contribuem para a experiência dos problemas que precisam ser identificados).
 - História de doença atual e acontecimentos precipitantes.
 - Estratégias de *coping* (adaptativas e mal-adaptativas) atuais e anteriores.
 - Histórico de doença mental, incluindo tratamentos psicossociais realizados (e utilidade percebida desses tratamentos), internamentos, medicação, tentativas de suicídio, e estado atual.
 - História de uso de substâncias e estado atual.
 - Histórico médico e estado atual.
 - História desenvolvimental.
 - História familiar e estado atual
 - História social e estado atual.
 - História educacional e estado atual.
 - História vocacional e estado atual.
 - História religiosa/espiritual e estado atual.
 - Forças, valores, e estratégias de *coping* adaptativas.
- Questionar o utente se há algo mais que possa ser importante saber (mas que o utente pode optar por não partilhar na sessão de avaliação inicial).
- Apresentar ao utente as primeiras impressões face aos dados colhidos (incluindo, eventualmente, uma primeira proposta de diagnóstico(s) de Enfermagem).
- Definir objetivos iniciais para a intervenção.
- Apresentar ao utente o número de sessões expectável (em formato de intervalo) e acordar a sua periodicidade (preferencialmente semanais).

- Identificar problemas específicos do utente e ajuda-lo a transforma-los em objetivos / aspetos a trabalhar ao longo das sessões.
- Realizar um resumo da sessão e negociar com o utente uma tarefa a ser realizada como “trabalho de casa”.
- Pedir ao utente *feedback* acerca do decurso da sessão.

O utente deve ser informado da importância e do papel que esta intervenção irá desempenhar no seu tratamento e na melhoria da saúde mental. Salienta-se ainda a relevância de informar sobre o número, duração e conteúdo das sessões, bem como do que se espera de cada etapa (Eskin, 2013).

Nota: A duração das sessões ronda, habitualmente, os 45-50 minutos, mas a sessão inicial tem uma duração de cerca de uma hora.

Sessão/ões intermédia(s):

Estas sessões devem contemplar a definição do problema, o inventário de soluções, a escolha da solução e a planificação e implementação das soluções.

- Ajudar o utente a definir o problema.
- Na maior parte das vezes, os problemas que parecem insolúveis estão, na verdade, mal definidos. Portanto, problemas bem específicos têm soluções específicas; problemas genéricos não têm solução.
 - Estabelecer uma lista com todas as pendências que estão presentes na vida do utente, sem considerar num primeiro momento o nível de complexidade das mesmas. Posteriormente, serão distribuídas em quatro categorias distintas, levando-se em consideração o nível de urgência e de importância de cada uma delas (técnica “Urgência versus Importância”).
 - O plano de ação tem início com o estabelecimento da execução de algumas das pendências como tarefa de casa. As primeiras devem ser as classificadas como muito urgentes e muito importantes.
- Muitas vezes o utente não consegue iniciar o plano de ação pela ambivalência, ou mesmo pela disputa entre razão e emoção no processo decisório.
 - O enfermeiro deve ajudar o utente a realizar uma balança decisional, na qual se pede a este que descreva as vantagens e desvantagens da situação atual, e vantagens e desvantagens da possível mudança ou decisão.

Nota: Este exercício pode não funcionar tão bem para problemas relacionados com intensa carga emocional, como relacionamentos afetivos, por exemplo. Para essas situações, a técnica do role-playing racional/emotivo é mais indicada, visto que inclui a disputa entre a razão e a emoção no processo decisório.

- Pedir ao utente para sistematizar o processo decisório em sete etapas, sendo que o enfermeiro orienta um consenso entre a razão e a emoção.
- O primeiro passo consiste em pedir ao utente para definir quais são as vantagens e desvantagens da decisão (por exemplo, efetivar uma rutura afetiva).
- O segundo passo consiste em pedir para o utente separar o quanto de razão e de emoção que cada uma das extremidades apresenta, de modo a visualizar claramente o impasse (Quadro 13).

Quadro 13 – *Análise emocional e racional da decisão*

Vantagens	Desvantagens
Emoção (%)	Emoção (%)
Razão (%)	Razão (%)

- Ajudar o utente a observar que existe um claro conflito entre a emoção e a razão.
- Na etapa seguinte, o enfermeiro ajuda o utente a realizar um diálogo em voz alta, em que ora representará os papéis da emoção ora os da razão. Essa etapa costuma demorar cerca de 10 minutos e é observada pelo enfermeiro, que auxilia o utente com as argumentações somente se necessário.
- Esta etapa consiste em não separar o que a razão e a emoção defendem, mas sim avaliar o nível de inclinação do utente quanto à tomada de decisão.
- O enfermeiro solicita ao utente que faça uma avaliação do seu processo de tomada de decisão, dando um *feedback* em relação ao trabalho realizado até ao presente momento.
- O enfermeiro ajuda o utente a avaliar o quão pronto está para tomar a sua decisão naquele momento. É necessário salientar que não deve haver nenhum tipo de pressão para que o utente conclua a sessão com a decisão tomada.
- O plano de ação é a última etapa e consiste em estabelecer um passo-a-passo coerente com a decisão tomada pelo utente. Por meio dele, será possível definir quais os passos a serem seguidos para que a resolução do problema possa ser implementada. O enfermeiro pode ajudar o utente com questões norteadoras, que servirão como diretrizes para as ações futuras.

- Perguntar nesta fase “quando?”, “como?”, “onde?”. Exemplo:
 - Ações propostas.
 - Possíveis obstáculos às ações.
 - Soluções para esses obstáculos.
 - Acompanhamento.

*Nota: É importante salientar que, muitas vezes, o utente pode ter tomado a sua decisão, mas não deseja implementar imediatamente a solução encontrada por não se sentir totalmente preparado, ou ainda, por alguma razão, por não achar conveniente que tal passo seja dado nesse momento. Nesses casos, sendo a decisão **não** implementar a ação desejada, o plano de ação pode ser construído no intuito de preparar o utente para decidir implementá-lo mais tarde.*

Sessão Final:

Esta sessão deve compreender o reconhecimento de ganhos e prevenção de recaídas.

- Rever com o utente o trabalho que este desenvolveu, por exemplo, “o que aprendeu como resultado destas sessões?”, “houve algo que tenha sido particularmente significativo para si?”).
- Antecipar, juntamente com o utente, potenciais stressores e sintomas, e abordar:
 - As estratégias que o utente desenvolveu ao longo das sessões que este pode utilizar em resposta a esses stressores / sintomas;
 - As situações nas quais este deve procurar ajuda adicional por parte de um profissional de saúde mental (exemplo: ideação suicida).
- Preparar o utente para a inevitabilidade das dificuldades que poderá vir a encontrar no futuro, mas também para o facto de ter agora mais ferramentas para as enfrentar.
- Discutir os progressos do utente ao longo das sessões, elogiar esses progressos e enfatizar o seu papel nessas mudanças positivas.
- Dar resposta às potenciais preocupações do utente relativamente ao fim da intervenção.

Caso se julgue necessário e o utente considere útil, agendar uma sessão de *follow-up* cerca de um mês após a sessão final para:

- Analisar com o utente a sua autogestão de sintomas e stressores.
- Rever as estratégias trabalhadas ao longo das sessões.
- Discutir questões ou preocupações que o utente possa apresentar durante a fase de transição.
- Rever os objetivos da intervenção e os ganhos associados à mesma.

6. EXECUTAR INTERVENÇÃO PROMOTORA DO PROCESSO FAMILIAR

Definição

Trata-se de uma intervenção psicoterapêutica de Enfermagem que visa a “minimização dos efeitos disruptivos do processo familiar”, identificada na NIC (Butcher et al., 2018).

Enquadramento / Fundamentação

A promoção do processo familiar é uma intervenção necessária ao longo de todo o ciclo vital das famílias. Enquadra-se como uma intervenção para facilitar o funcionamento da unidade familiar, enquanto cliente coletivo, e visa promover a saúde e bem-estar dos seus membros (Butcher et al., 2018). Tem um referencial sistémico, o mesmo que enquadra todas as indicações de intervenção com famílias no quadro de competências dos enfermeiros especialistas em ESMP (Ordem dos Enfermeiros, 2018) e é defendido por alguns autores como o referencial estruturante para a intervenção com famílias (Seabra, 2010). A “família”, segundo o ICN (2019), trata-se um conceito igualmente com referencial sistémico, designadamente “unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes”. As intervenções com a família beneficiam quando conduzidas tendo por base um modelo de avaliação e intervenção familiar (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2012). As intervenções com a família pressupõem a compreensão imparcial dos valores estruturantes da família e a consciência das diferenças face aos valores do enfermeiro. Pressupõem, ainda, a valorização e respeito pela história, identidade e competência das famílias (Seabra, 2010).

Objetivo(s)

- Minimizar os efeitos disruptivos do processo familiar (Butcher et al., 2018) desencadeados por qualquer situação que o coloque em causa: crise, conflito, dificuldade de comunicação, tensão nas transições do ciclo de vida das famílias, sobrecarga familiar, entre outras.

Indicações Terapêuticas, Resultados de Enfermagem e Instrumentos de Avaliação

Quadro 14 – Indicações Terapêuticas, Resultados de Enfermagem e Instrumentos de Avaliação para a Intervenção “Executar Intervenção Promotora do Processo Familiar”

Diagnóstico de Enfermagem (Nível de Evidência)	Resultados de Enfermagem	Instrumento(s) de Avaliação
Processo familiar comprometido (2.b) (Ribeiro et al., 2016)	Processo familiar efetivo	Resultado NOC “Funcionamento familiar” (Moorhead et al., 2018) Resultado NOC “Integridade familiar” (Moorhead et al., 2018) Resultado NOC “Resiliência familiar” (Moorhead et al., 2018)
Sobrecarga familiar (4.b) (Broekema et al., 2019)	Sobrecarga familiar melhorada	Resultado NOC “Stress do cuidador” (Moorhead et al., 2018)

Nota 1: Todos os diagnósticos de Enfermagem apresentados seguem a nomenclatura preconizada pelo International Council of Nurses (2019).

Nota 2: Todos os níveis de evidência apresentados têm por base as recomendações do Joanna Briggs Institute (2014).

Contraindicações / Critérios de Exclusão da Intervenção

Na lógica do cliente família, com inclusão de todos elementos, incluindo o(s) agressor(es), consideram-se contraindicações / critérios de exclusão da intervenção:

- Agressividade expressa (sendo perceptível medo, intimidação ou incapacidade de expressão livre) (CSAT, 1999; Wright & Leahey, 2012; Weiss, 2015).
- Abuso físico e sexual (Haverkamp & Daniluk, 1993).
- Incesto (Haverkamp & Daniluk, 1993).
- Violência doméstica (CSAT, 1999; Weiss, 2015).
- Recusa de todos elementos da família em participar (Wright & Leahey, 2012).

Procedimento

Sessão de Avaliação Inicial (Butcher et al., 2018; Carvalho et al., 2020; Santos et al., 2017; Seabra 2010):

- Apurar o motivo da necessidade da intervenção.
- Realizar avaliação inicial da família (definição de família dos próprios).
- Iniciar a elaboração do genograma familiar.
- Avaliar as características sociodemográficas de todos os elementos.
- Iniciar a recolha da história da família.
- Iniciar a caracterização da família.
- Apoiar a expressão das dúvidas e responder às perguntas.

Sessão Inicial (Butcher et al., 2013; Carvalho et al., 2020; CSAT, 1999; Santos et al., 2017; Seabra, 2010):

- Caracterizar com a família o evento disruptivo do processo familiar.
- Apoiar na expressão de emoções e preocupações dos elementos da família, relacionadas com o evento disruptivo.
- Caracterizar com a família o processo familiar relacionado com as suas atividades, vontades, dificuldades e formas de responder às situações de saúde / doença.
- Prosseguir na recolha da história da família.
- Prosseguir na elaboração do genograma familiar.
- Iniciar a elaboração do ecomapa.
- Encorajar uma comunicação aberta entre os membros da família.
- Identificar alterações de papéis entre os elementos da família.
- Avaliar a relevância da presença na intervenção (consulta) de outras pessoas (exemplo: amigos, família alargada).
- Consciencializar dos seus recursos internos enquanto família.
- Criar um vínculo de confiança com a família.
- Clarificar com a família os seus objetivos.

Sessão/ões intermédia(s): (Butcher et al., 2013; Carvalho et al., 2020; CSAT, 1999; Santos et al., 2017; Seabra, 2010):

A realizar durante as sessões intermédias consoante a apreciação no momento, promovendo o processo familiar:

- Prosseguir no conhecimento da história da família (finalizar a elaboração do genograma e ecomapa).
- Identificar os valores e referências estruturantes da família.
- Monitorizar o estado emocional e as preocupações dos elementos da família relacionados com o evento disruptivo.
- Explorar a compreensão de cada elemento do evento disruptivo, complementando a informação que a família necessita.
- Responder às perguntas da família e assistir na identificação das respostas necessárias.
- Apoiar na tomada de consciência da mudança de papéis e na adaptação pretendida pelos membros da família.
- Assistir para incorporar as alterações experienciadas no seu estilo de vida.
- Consciencializar para o padrão de comunicação atual e sensibilizar para um padrão de comunicação eficaz.
- Assistir os membros da família para a implementação das estratégias necessárias (exemplo: funções e momentos a desempenhar pelos membros – processo de negociação).
- Assistir para a resolução de conflitos entre os elementos (se adequado ao caso).
- Alertar para necessidade de apoio de outros recursos que não estejam ainda a ser mobilizados e apoiar na sua localização (exemplo: amigos ou família alargada).
- Minimizar o processo disruptivo através do incentivo a manutenção de rotinas, rituais, como refeições em conjunto, momentos de partilha e comunicação e momentos de decisão.
- Participar com a família nas decisões e respostas face ao evento disruptivo.
- Promover a esperança.
- Identificar com a família eventos vividos promotores de esperança e mobilizáveis para aquele momento.
- Promover a confiança entre os membros da família.
- Apoiar nos casos de transição hospital-domicílio de um dos elementos da família, tendo em conta o contexto e as condições emocionais da família (se adequado ao caso).

- Avaliar com a família a sobrecarga familiar (recorrendo a instrumento de apoio/escala) (se adequado ao caso).
- Ensinar e apoiar o desenvolvimento de competências para o papel de cuidador(es) (se adequado ao caso).
- Encorajar a manutenção do apoio espiritual (se adequado ao caso).
- Sumarizar o avanço conseguido.

Nota 1: As estratégias apresentadas podem ser utilizadas no contexto da promoção do processo familiar; contudo, a sua seleção e organização devem ser definidas pelo enfermeiro especialista em ESMP face à situação e às necessidades específicas de cada família.

Nota 2: O recurso ao role-playing pode ser utilizado como forma de permitir o treino de alteração do padrão de comunicação familiar.

Nota 3: As sessões devem ter uma duração compreendida entre 45-60 minutos.

Sessão Final: (Butcher et al., 2018; Wright & Leahey, 2012)

- Apoiar na tomada de consciência de como cada elemento encarou o evento disruptivo e evoluiu na forma de o ultrapassar.
- Apoiar na tomada de consciência dos novos papéis consensualizados.
- Validar a compreensão da necessidade de manter um padrão de comunicação adequado.
- Resumir a evolução conseguida e apresentar disponibilidade para nova intervenção em caso de necessidade.
- Apoiar na procura de grupos de apoio familiares (outros peritos pela experiência) em caso de necessidade e indicação.
- Após a estabilidade face à crise que motivou a intervenção familiar e a avaliação da necessidade de a família continuar a precisar de ajuda para prosseguir a resolução dos seus problemas, ou busca de maior homeostasia, encaminhar para terapia familiar.

Nota: Atendendo aos pressupostos para esta intervenção e às estratégias terapêuticas inerentes à mesma, esta pode também ser realizada por enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária que sejam detentores da Competência Acrescida Avançada em Psicoterapia, atribuída nos termos do Regulamento n.º 387/2019, publicado em Diário da República, 2.ª série, N.º 84, de 2 de maio de 2019 (OE, 2019).

7. EXECUTAR TÉCNICA DE RELAXAMENTO

Definição

O relaxamento é um estado de consciência caracterizado por sensações agradáveis e ausência de pensamentos geradores de stress ou perturbadores. O relaxamento envolve uma dimensão mental e outra física (Payne et al., 2003).

Enquadramento/Fundamentação

A técnica de relaxamento é uma intervenção psicoterapêutica de Enfermagem que utiliza técnicas para incentivar e provocar relaxamento com o propósito de diminuir sinais e sintomas indesejáveis, tais como a dor, a tensão muscular ou a ansiedade (Butcher et al., 2018).

O relaxamento, é definido por Ryman (1995) como um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio da tensão, ansiedade e medo. Este atua no reequilíbrio do organismo, seja incidindo na componente física, através da diminuição da tensão muscular, seja incidindo na componente psicológica, através de sensações agradáveis e pensamentos de tranquilidade.

Objetivo(s)

- Prevenir as consequências fisiológicas associadas ao stress.
- Avaliar o stress e as suas consequências fisiológicas.
- Desenvolver competências mentais para lidar com o stress (Payne et al., 2003).

7.1. Técnica de Imaginação Guiada

O relaxamento por imaginação guiada é desenvolvido através de imagens mentais e atributos sensoriais que são utilizados de forma intencional pela pessoa, sendo estes fruto da sua imaginação ou da memória, de forma a alcançar o efeito terapêutico (Coelho & Sousa, 2020).

Indicações Terapêuticas, Resultados de Enfermagem e Instrumentos de Avaliação

Quadro 15 – Indicações Terapêuticas, Resultados de Enfermagem e Instrumentos de Avaliação para a Intervenção “Executar Técnica de Imaginação Guiada”

Diagnóstico de Enfermagem (Nível de Evidência)	Resultado de Enfermagem	Instrumento(s) de Avaliação
Ansiedade (1.a) (Charalambous et al., 2016)	Ansiedade reduzida Autocontrole da ansiedade melhorado	Resultado NOC “Nível de Ansiedade” (Moorhead et al., 2018) Resultado NOC “Autocontrole da Ansiedade” (Moorhead et al., 2018)
Dor (1.a) (Charalambous et al., 2016)	Dor controlada	Resultado NOC “Dor: resposta psicológica adversa” (Moorhead et al., 2018)
Humor depressivo (1.a) (Charalambous et al., 2016)	Humor melhorado	Resultado NOC “Nível de Depressão” (Moorhead et al., 2018)
Sono comprometido (2.d) (Nooner et al., 2016)	Sono melhorado	Resultado NOC “Sono” (Moorhead et al., 2018)

Nota 1: Todos os diagnósticos de Enfermagem apresentados seguem a nomenclatura preconizada pelo International Council of Nurses (2019).

Nota 2: Todos os níveis de evidência apresentados têm por base as recomendações do Joanna Briggs Institute (2014).

Contraindicações / Critérios de Exclusão da Intervenção

- Debilidade intelectual ou déficit cognitivo grave.
- Atividade alucinatória e/ou delirante exacerbada.
- Agitação psicomotora.
- Estado confusional.
- Acuidade auditiva reduzida.

Na revisão da literatura realizada não foram encontradas contraindicações formais para a realização da técnica de imaginação guiada. Contudo, foi assumido em consenso de peritos que as contraindicações supramencionadas seriam fator de exclusão para a realização da mesma.

Procedimento

Fase de Preparação:

- Estabelecer um diagnóstico de Enfermagem sobre a dificuldade que o utente apresenta através da realização da avaliação inicial (a executar de forma progressiva):
 - Características sociodemográficas.
 - Problemas atuais.
 - História de doença atual e acontecimentos precipitantes.
 - Estratégias de *coping* (adaptativas e mal-adaptativas) atuais e anteriores.
 - Histórico de doença mental, incluindo tratamentos psicossociais realizados (e utilidade percebida desses tratamentos), internamentos, medicação, tentativas de suicídio, e estado atual.
 - História de uso de substâncias e estado atual.
 - Histórico médico e estado atual.
 - História desenvolvimental.
 - História familiar e estado atual.
 - História social e estado atual.
 - História educacional e estado atual.
 - História vocacional e estado atual.
 - História religiosa/espiritual e estado atual.
 - Forças, valores, e estratégias de *coping* adaptativas.
- Avaliar a adequação da técnica de relaxamento à pessoa.
- Explicar a intervenção a desenvolver.
- Apresentar os objetivos da sessão.
- Despertar motivação e interesse.
- Avaliar a motivação e interesse dos participantes para iniciar a sessão (expressão facial, envolvimento, participação e volição).
- Preparar o *setting*: num quarto quente e com pouca luz, ambiente calmo e privado, e sem riscos de interrupção.
- No caso de um relaxamento em grupo, a confidencialidade tem de ser estabelecida desde o início e reinstituída de cada vez que um novo membro entra para o grupo.

- A posição de deitado é preferível à posição de sentado (no entanto, algumas pessoas, não gostam de se deitar). O uso de uma espuma ou colchão proporcionam mais conforto.
- O uso de roupa confortável (exemplo: no caso das mulheres, o uso de calças é mais confortável em relação a uma saia).

Fase de Execução do Relaxamento:

- A técnica de imaginação guiada é composta por cerca de seis sessões, desde que seja respeitada a prática em casa.
- O tom de voz a usar deve ser sossegado e calmo. Deve ser iniciado com um tom conversacional, e deverá ir diminuindo gradualmente o volume e ritmo do discurso com o decorrer da ação.
- As pausas entre as instruções devem ser sempre longas para dar aos participantes tempo para invocarem a imagem.
- Execução da técnica de imaginação guiada (Coelho & Sousa, 2020):

Pretende-se que a pessoa utilize de forma intencional imagens mentais e atributos sensoriais, fruto da sua imaginação ou da memória, para alcançar o efeito terapêutico desejado.

Execução:

Solicitar ao participante para fechar os olhos e iniciar a técnica:

Procure respirar suavemente, de forma regular e profunda. Feche os olhos suavemente. Está a caminhar numa praia, o mar está calmo, o sol emana uma luz e um calor agradável, relaxante Sente-se cansado e resolve deitar-se na areia a descansar um pouco. De olhos fechados e com o sol a aquecer-lhe o rosto, sente-se tranquilo ... extremamente relaxado.... Começa a sentir o corpo pesado, as pernas estão tão pesadas que mesmo que tentasse levantá-las, não seria capaz ... Os seus braços estão pesados, tão pesados que não é capaz de levantá-los do chão. Sente-se preso ao chão, muito cansado ... O mar vai chegando calmamente perto de si, molhando delicadamente os seus pés, as suas pernas, os seus braços ... até que começa a boiar à superfície daquele mar calmo, e, levado pela suave corrente, o seu corpo deixa de ter peso, aquele peso que o fazia estar colado ao chão.

A boiar naquela imensidão azul, o dia vai declinando e anoitece. Agora, é a luz da lua que banha o seu rosto ... O único ruído que ouve é o ondular suave do mar e, ao longe, o som despreocupado dos golfinhos que mergulham alegremente. A sua respiração é suave e calma, e o seu corpo é leve como uma pena, boiando na superfície líquida ... O tempo passa e a corrente vai arrastando o seu corpo levemente ... Já se sentem os primeiros raios de sol a aquecerem delicadamente o seu corpo, está a amanhecer ...

O mar leva-o devagarinho até à praia e deixa-o sobre a areia fina à beira-mar ... Continua de olhos fechados, a dormir suavemente, e, à medida que o sol vai aquecendo mais o seu rosto ...

Começa a despertar ...

Fecha os olhos. (Cada um deve concentrar a sua atenção em si próprio).

Sinta a respiração tranquila e siga a sua ordem natural: inspirar ... expirar ... (pausa de um minuto). Agora, sinta o peso dos seus pés, apoiados sobre o chão (breve pausa) ... Também as pernas começam a ficar pesadas, relaxadas (breve pausa). Agora, sinta o peso da bacia (breve pausa) ... Também a coluna e o peito estão relaxados ... (breve pausa). As costas estão relaxadas ... (breve pausa). Sinta todo o corpo calmo e relaxado...

A respiração é fluida e profunda Inspirar Expirar Inspirar Expirar ... Agora que está calmo, olha em redor ... (breve pausa). Está num sítio tranquilo, calmo e sente-se bem (breve pausa).

Ao longe, vê as nuvens e uma delas voa para si (breve pausa) Sobe para cima dela, é muito fofa e sente-se seguro ... Não tem medo de nada ... (breve pausa). Enquanto voa pela nuvem olha e vê coisas belas ... respira fundo e sente-se bem (breve pausa).

Sente o vento na cara, sorri, sente-se cada vez mais calmo cada vez mais em paz ... (breve pausa). Começa a olhar em volta ... A nuvem caminha para o local de onde partiu ... (breve pausa). Sente-se tão bem e calmo Sente-se bem ... (breve pausa).

Chega onde partiu e desce da nuvem ... Ela voa para longe ..., mas continua a sentir a leveza e a paz que ela causou ... (breve pausa). Começa a sentir de novo a respiração tranquila e segue a sua ordem natural: inspirar expirar ... (pausa de um minuto).

Sente-se muito bem ... sabe que, quando voltar a abrir os olhos, a sensação de calma se vai manter Inspira ... expira ... inspira ... expira ... (breve pausa).

Sente-se a acordar ... irá abrir os olhos sem pressa, mover lentamente as mãos ... e os pés Espreguiça-se como se estivesse a acordar ... (breve pausa). Inspira e expira ... acordou e sente-se bem.

Fase de Avaliação da Sessão:

- Promover momento para que os participantes expressem as suas opiniões e sentimentos face à intervenção realizada.
- Questionar os participantes sobre a avaliação da sessão.
- Avaliar os resultados da intervenção.
- Orientar os participantes para a execução da técnica em casa.
- Finalizar a sessão com os cumprimentos e agendamento de nova sessão.

7.2. Técnica de Treino Autogénico

Esta técnica implica um relaxamento progressivo de vários grupos musculares, levando a pessoa a experimentar um conjunto de cinestésias (sensações de peso e calor) seguidas de sensações de conforto e bem-estar (Coelho & Sousa, 2020).

Indicações Terapêuticas, Resultados de Enfermagem e Instrumentos de Avaliação

Quadro 16 – Indicações Terapêuticas, Resultados de Enfermagem e Instrumentos de Avaliação para a Intervenção “Executar Técnica de Treino Autogénico”

Diagnóstico de Enfermagem (Nível de Evidência)	Resultado de Enfermagem	Instrumento(s) de Avaliação
Ansiedade (1.b) (Santos-Silva et al., 2020)	Ansiedade reduzida Autocontrolo da ansiedade melhorado	Resultado NOC “Nível de Ansiedade” (Moorhead et al., 2018) Resultado NOC “Autocontrolo da Ansiedade” (Moorhead et al., 2018)
Comportamento agressivo (1.c) (Goldbeck & Schmid, 2003)	Comportamento agressivo melhorado	Resultado NOC “Autocontenção de agressividade” (Moorhead et al., 2018)
Humor depressivo (2.d) (Pinheiro et al., 2015)	Humor melhorado	Resultado NOC “Nível de Depressão” (Moorhead et al., 2018)
Sono comprometido (2.d) (Pinheiro et al., 2015)	Sono melhorado	Resultado NOC “Sono” (Moorhead et al., 2018)
Stress (1.c) (Goldbeck & Schmid, 2003)	Stress diminuído	Resultado NOC “Nível de Stress” (Moorhead et al., 2018)

Nota 1: Todos os diagnósticos de Enfermagem apresentados seguem a nomenclatura preconizada pelo International Council of Nurses (2019).

Nota 2: Todos os níveis de evidência apresentados têm por base as recomendações do Joanna Briggs Institute (2014).

Contraindicações / Critérios de Exclusão da Intervenção

- Debilidade intelectual ou déficit cognitivo grave.
- Agitação psicomotora.
- Estado confusional.
- Acuidade auditiva reduzida.

Na revisão da literatura realizada não foram encontradas contraindicações formais para a realização da técnica de treino autogénico. Contudo foi assumido em consenso de peritos que as contraindicações supramencionadas seriam fator de exclusão para a realização da mesma.

Procedimento

Fase de Preparação:

- Estabelecer um diagnóstico de Enfermagem sobre a dificuldade que a pessoa apresenta através da realização da avaliação inicial (a executar de forma progressiva):
 - Características sociodemográficas.
 - Problemas atuais.
 - História de doença atual e acontecimentos precipitantes.
 - Estratégias de *coping* (adaptativas e mal-adaptativas) atuais e anteriores.
 - Histórico de doença mental, incluindo tratamentos psicossociais realizados (e utilidade percebida desses tratamentos), internamentos, medicação, tentativas de suicídio, e estado atual.
 - História de uso de substâncias e estado atual.
 - Histórico médico e estado atual.
 - História desenvolvimental.
 - História familiar e estado atual.
 - História social e estado atual.
 - História educacional e estado atual.
 - História vocacional e estado atual.
 - História religiosa/espiritual e estado atual.
 - Forças, valores, e estratégias de *coping* adaptativas.
- Avaliar a adequação da técnica de relaxamento à pessoa.
- Explicar a intervenção a desenvolver.

- Apresentar os objetivos da sessão.
- Despertar motivação e interesse.
- Avaliar a motivação e interesse dos participantes para iniciar a sessão (expressão facial, envolvimento, participação e volição).
- Avaliar a tensão arterial (TA) e frequência cardíaca (FC) (se adequado).
- Preparar o *setting*: ambiente calmo e privado, sem riscos de interrupção; ou um ambiente que inclua leves sons exteriores (o mais próximo da vida real).
- No caso de um relaxamento em grupo, a confidencialidade tem de ser estabelecida desde o início e reinstituída de cada vez que um novo membro entra para o grupo.
- Para um relaxamento profundo, a posição de deitado é preferível à posição de sentado (no entanto, algumas pessoas, não gostam de se deitar). O uso de uma espuma ou colchão proporcionam mais conforto.
- Uso de roupa confortável (exemplo: no caso das mulheres, o uso de calças é mais confortável em relação a uma saia).

Fase de Execução do Relaxamento:

- A técnica de treino autogénico é composta por cerca de seis sessões, desde que seja respeitada a prática em casa.
- O tom de voz a usar deve ser sossegado e calmo. Deve ser iniciado com um tom conversacional, e deverá ir diminuindo gradualmente o volume e ritmo do discurso com o decorrer da ação.
- As pausas entre as instruções devem ser sempre longas para dar aos participantes tempo para levar a cabo a ação.
- Execução da técnica de treino autogénico (Coelho & Sousa, 2020):

Pretende-se com esta técnica que o utente relaxe progressivamente vários grupos musculares, levando-o a experimentar um conjunto de cinestésias (sensações de peso e calor), seguidas de sensações de conforto e bem-estar.

Execução:

Uma vez deitado numa posição confortável, com os olhos fechados, vamos começar o relaxamento autogénico. Primeiro, quero que tome consciência de qualquer ruído fora da sala (10 segundos). Tome consciência como sente o seu corpo no colchão... dos pontos de contacto entre o seu corpo e o colchão, os pontos de contacto da cabeça, das costas, dos braços e das pernas (10 segundos).

Agora, quero que se concentre na sua respiração; à medida que inspira, o seu abdómen eleva-se, e quando expira, o abdómen diminui suavemente ... de forma que a expiração seja um pouco mais longa que a inspiração (10 segundos). Agora, concentre-se na sua mão e braço direitos, e comece a dizer mentalmente: “Sinto a minha mão direita pesada (repita três vezes), a minha mão direita está pesada e quente (três vezes), sinto a minha mão e braços direitos pesados (três vezes), sinto uma onda cálida que invade a minha mão e braço direito (três vezes).

Visualize a sua mão e braço direitos num lugar quente, ao sol, veja como os raios de sol descem e tocam a sua mão e braço direito ... como os aquecem suavemente.

Imagine-se deitado sobre a areia quente, sinta o contacto da sua mão e braço direitos sobre a areia ... ou introduzidos em água quente ... ou perto de uma estufa ...

Diga: “A minha mão e braço direitos tornam-se muito quentes e pesados.” Respire profunda e lentamente, a cada expiração lenta e longa deixe-se levar um pouco mais, mandando uma mensagem de calor para a mão e braço direitos (10 segundos). Agora, quero que se concentre na sua respiração; à medida que inspira, o seu abdómen eleva-se, e quando expira, o abdómen diminui suavemente ... de forma que a expiração seja um pouco mais longa que a inspiração (10 segundos). Agora, concentre-se na sua mão e braço esquerdos, e comece a dizer mentalmente: “Sinto a minha mão esquerda pesada (repita três vezes), a minha mão esquerda está pesada e quente (três vezes), sinto a minha mão e braços esquerdos pesados (três vezes), sinto uma onda cálida que invade a minha mão e braço esquerdo (três vezes).

Visualize a sua mão e braço esquerdos num lugar quente, ao sol, veja como os raios de sol descem e tocam a sua mão e braço esquerdo ... como os aquecem suavemente.

Imagine-se deitado sobre a areia quente, sinta o contacto da sua mão e braço esquerdos sobre a areia ... ou introduzidos em água quente ... ou perto de uma estufa Diga: “A minha mão e braço esquerdos tornam-se muito quentes e pesados.” Respire profunda e lentamente, a cada expiração lenta e longa deixe-se levar um pouco mais, mandando uma mensagem de calor para a mão e braço esquerdos (10 segundos).

Agora, quero que se concentre na sua respiração; à medida que inspira, o seu abdómen eleva-se, e quando expira, o abdómen diminui suavemente ... de forma que a expiração seja um pouco mais longa que a inspiração (10 segundos). Agora, concentre-se na sua perna e pé direitos, e comece a dizer mentalmente: “Sinto o meu pé direito pesado (repita três vezes), o meu pé direito está pesado e quente (três vezes), sinto o meu pé e perna direitos pesados (três vezes), sinto uma onda cálida que invade o meu pé e perna direitos (três vezes).

Visualize o seu pé e perna direitos num lugar quente, ao sol, veja como os raios de sol descem e tocam o seu pé e perna direitos ... como os aquecem suavemente.

Imagine-se deitado sobre a areia quente, sinta o contacto do seu pé e perna direitos sobre a areia ... ou introduzidos em água quente ... ou perto de uma estufa Diga: “O meu

pé e perna direitos tornam-se muito quentes e pesados.” Respire profunda e lentamente, a cada expiração lenta e longa deixe-se levar um pouco mais, mandando uma mensagem de calor para o pé e perna direitos (10 segundos).

Agora, quero que se concentre na sua respiração; à medida que inspira, o seu abdómen eleva-se, e quando expira, o abdómen diminui suavemente ... de forma que a expiração seja um pouco mais longa que a inspiração (10 segundos). Agora, concentre-se na sua perna e pé esquerdos, e comece a dizer mentalmente: “Sinto o meu pé esquerdo pesado (repita três vezes), o meu pé esquerdo está pesado e quente (três vezes), sinto o meu pé e perna esquerdos pesados (três vezes), sinto uma onda cálida que invade o meu pé e perna esquerdos (três vezes).

Visualize o seu pé e perna esquerdos num lugar quente, ao sol, veja como os raios de sol descem e tocam o seu pé e perna esquerdos ... como os aquecem suavemente.

Imagine-se deitado sobre a areia quente, sinta o contacto do seu pé e perna esquerdos sobre a areia ... ou introduzidos em água quente ... ou perto de uma estufa Diga: “O meu pé e perna esquerdos tornam-se muito quentes e pesados.” Respire profunda e lentamente, a cada expiração lenta e longa deixe-se levar um pouco mais, mandando uma mensagem de calor para o pé e perna esquerdos (10 segundos).

Passando ao abdómen...

Diga:

“Os meus braços e mãos estão quentes e pesados (repete-se por 15 segundos).”

“Os meus pés e pernas estão quentes e pesados (repete-se por 15 segundos).”

“O meu abdómen é quente (três vezes). A minha respiração é lenta e regular (três vezes)”.

“O meu coração bate calmo e relaxadamente (três vezes). A minha mente está tranquila e em paz (três vezes) Tenho confiança em poder resolver os problemas quotidianos (três vezes)”.

“Toda a tensão do meu corpo está a dissipar-se a cada longa e suave expiração (três vezes)”.

“Qualquer preocupação sobre o meu passado e futuro dissipa-se a cada vez que expiro (três vezes).”.

“A essência do relaxamento está comigo durante todo o dia (três vezes)”.

Gradualmente, pode começar a voltar à sala, mantendo os olhos fechados. Está consciente novamente dos sons de fora e de dentro da sala. Vai sentindo o corpo sobre o chão. Quando estiver preparado, pode começar a mexer os seus dedos e, pouco a pouco, ir abrindo os olhos.

Fase de Avaliação da Sessão:

- Promover momento para que os participantes expressem as suas opiniões e sentimentos face à intervenção realizada.
- Avaliar a TA e a FC (se adequado).
- Analisar os valores obtidos com a TA e a FC.
- Questionar os participantes sobre a avaliação da sessão.
- Avaliar os resultados da intervenção.
- Finalizar a sessão com os cumprimentos e agendamento de nova sessão.

7.3. Relaxamento Muscular Progressivo

O relaxamento muscular progressivo equivale a aprender a contrair e descontrair vários grupos de músculos em todo o corpo, prestando atenção às sensações que acompanham a tensão e o relaxamento e aprendendo a contrastar as sensações associadas a estes dois estados (Payne et al., 2003).

Indicações Terapêuticas, Resultados de Enfermagem e Instrumentos de Avaliação

Quadro 17 – Indicações Terapêuticas, Resultados de Enfermagem e Instrumentos de Avaliação para a Intervenção “Executar Relaxamento Muscular Progressivo”

Diagnóstico de Enfermagem (Nível de Evidência)	Resultado de Enfermagem	Instrumento(s) de Avaliação
Ansiedade (2.d) (Parás-Bravo et al., 2017)	Ansiedade reduzida Autocontrolo da ansiedade melhorado	Resultado NOC “Nível de Ansiedade” (Moorhead et al., 2018) Resultado NOC “Autocontrolo da Ansiedade” (Moorhead et al., 2018)
Humor depressivo (2.d) (Parás-Bravo et al., 2017)	Humor melhorado	Resultado NOC “Nível de Depressão” (Moorhead et al., 2018)
Sono comprometido (2.d) (Parás-Bravo et al., 2017)	Sono melhorado	Resultado NOC “Sono” (Moorhead et al., 2018)

Nota 1: Todos os diagnósticos de Enfermagem apresentados seguem a nomenclatura preconizada pelo International Council of Nurses (2019).

Nota 2: Todos os níveis de evidência apresentados têm por base as recomendações do Joanna Briggs Institute (2014).

Contraindicações / Critérios de Exclusão da Intervenção

- Debilidade intelectual ou déficit cognitivo grave.
- Agitação psicomotora.
- Estado confusional.
- Acuidade auditiva reduzida.

Na revisão da literatura realizada não foram encontradas contraindicações formais para a realização do relaxamento muscular progressivo. Contudo foi assumido em consenso de peritos que as contraindicações supracitadas seriam fator de exclusão para a realização do mesmo.

Procedimento

Fase de Preparação:

- Estabelecer um diagnóstico de Enfermagem sobre a dificuldade que a pessoa apresenta através da realização da avaliação inicial (a executar de forma progressiva):
 - Características sociodemográficas.
 - Problemas atuais.
 - História de doença atual e acontecimentos precipitantes.
 - Estratégias de *coping* (adaptativas e mal-adaptativas) atuais e anteriores.
 - Histórico de doença mental, incluindo tratamentos psicossociais realizados (e utilidade percebida desses tratamentos), internamentos, medicação, tentativas de suicídio, e estado atual.
 - História de uso de substâncias e estado atual.
 - Histórico médico e estado atual.
 - História desenvolvimental.
 - História familiar e estado atual.
 - História social e estado atual.
 - História educacional e estado atual.
 - História vocacional e estado atual.
 - História religiosa/espiritual e estado atual.
 - Forças, valores, e estratégias de *coping* adaptativas.

- Avaliar a adequação da técnica de relaxamento à pessoa.
- Explicar a intervenção a desenvolver.
- Apresentar os objetivos da sessão.
- Despertar motivação e interesse.
- Avaliar a motivação e interesse dos participantes para iniciar a sessão (expressão facial, envolvimento, participação e volição).
- Avaliar a TA e a FC (se adequado).
- Preparar o *setting*: ambiente calmo e privado, sem riscos de interrupção; ou um ambiente que inclua leves sons exteriores (o mais próximo da vida real).
- No caso de um relaxamento em grupo, a confidencialidade tem de ser estabelecida desde o início e reinstituída de cada vez que um novo membro entra para o grupo.
- A posição de relaxamento requer o uso de uma cadeira reclinável ou uma espreguiçadeira com apoio para os pés. Se tal não for possível, o participante pode estar sentado numa cadeira com costas altas e braços.
- O uso de roupa confortável (exemplo: no caso das mulheres, o uso de calças é mais confortável em relação a uma saia).

Fase de Execução do Relaxamento:

- O relaxamento muscular progressivo é composto por cerca de seis sessões, desde que seja respeitada a prática em casa.
- O tom de voz a usar deve ser sossegado e calmo. Deve ser iniciado com um tom conversacional, e deverá ir diminuindo gradualmente o volume e ritmo do discurso com o decorrer da ação.
- As pausas entre as instruções devem ser sempre longas para dar aos participantes tempo para levar a cabo a ação.
- É desaconselhado o uso de gravações áudio.
- Execução do relaxamento muscular progressivo de Bernstein e Borkovec:

Execução:

Pedir para fechar os olhos e mantê-los fechados durante a técnica.

Iniciar a técnica:

- **Mão e antebraço direito:** Contrair os músculos, fechando fortemente o punho e mantendo o braço direito. Sente a tensão na mão, nos nós dos dedos, nas

articulações do punho e nos músculos do antebraço (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).

- **Braço direito:** Contrair os músculos, empurrando o cotovelo contra o braço da cadeira ou empurrando o cotovelo para baixo e para dentro contra o corpo. Sente a tensão no braço (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.). - **Mão e antebraço esquerdo:** Contrair e descontrair os músculos utilizando o procedimento descrito para os do lado direito.
- **Braço esquerdo:** Contrair e descontrair os músculos utilizando o procedimento descrito para o do lado direito.
- **Parte superior da face (testa):** Contrair os músculos, levantando as sobrancelhas o mais alto possível / franzindo a testa. Sente a tensão na testa e no centro do couro cabeludo (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).
- **Parte central da face (parte superior das bochechas e nariz):** Contrair os músculos, fechando fortemente os olhos e franzindo o nariz, levantando-o. Sente a tensão em redor dos olhos, no nariz e no alto das bochechas (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).
- **Parte inferior da face (parte inferior das bochechas, boca e queixo):** Contrair os músculos, fechando fortemente os dentes e empurrando os cantos da boca para trás, como se quisesse sorrir exageradamente (10 seg.). Sente a tensão à volta dos maxilares e do queixo. Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).
- **Pescoço:** Contrair os músculos, empurrando fortemente o queixo para baixo, contra o peito, sem tocar neste ou empurrando a cabeça para trás, contra a cadeira. Sente a tensão no pescoço (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).
- **Peito, ombros e parte superior das costas:** Contrair os músculos, inspirando profundamente, guardando o ar dentro dos pulmões e empurrando os ombros e as omoplatas para trás (como se quisesse tocar com um ombro no outro). Sente a tensão no peito, ombros e costas (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).
- **Abdómen:** Contrair os músculos, encolhendo fortemente o estômago (como que para evitar um soco). Sente o estômago tenso e apertado (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).

- **Coxa direita:** Contrair os músculos, encolhendo fortemente a nádega direita (como que para «fugir com o rabo à seringa») e contraindo os músculos da parte superior da perna. Sente a tensão na nádega e na coxa (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).
- **Parte inferior da perna direita:** Contrair os músculos, empurrando fortemente os dedos do pé para cima, em direção à cabeça / na direção oposta à cabeça. Sente a tensão na barriga da perna (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).
- **Pé direito:** Contrair os músculos, voltando o pé para dentro e, simultaneamente, dobrando os dedos (sem fazer muita força). Sente a tensão na palma do pé (10 seg.). Relaxa. Repara no contraste entre a tensão e o relaxamento (20 seg.).
- **Coxa esquerda:** Contrair e descontraír os músculos, utilizando o procedimento descrito para a do lado direito.
- **Parte inferior da perna esquerda:** Contrair e descontraír os músculos, utilizando o procedimento descrito para a do lado direito.
- **Pé esquerdo:** Contrair e descontraír os músculos, utilizando o procedimento descrito para o do lado direito.

Fase de Avaliação da Sessão:

- Promover momento para que os participantes expressem as suas opiniões e sentimentos face à intervenção realizada.
- Avaliar a TA e a FC (se adequado).
- Analisar os valores obtidos com a TA e a FC.
- Questionar os participantes sobre a avaliação da sessão.
- Avaliar os resultados da intervenção.
- Orientar os participantes para execução da técnica em casa. Devem ser estabelecidos dois períodos por dia, cada um tendo a duração de 15 minutos.
- Finalizar a sessão com os cumprimentos e agendamento de nova sessão.

8. EXECUTAR TERAPIA PELA REMINISCÊNCIA

Definição

A terapia pela reminiscência é uma intervenção psicoterapêutica de Enfermagem que, recorrendo à recordação de eventos passados, sentimentos e pensamentos, permite melhorar a qualidade de vida ou a adaptação a circunstâncias atuais (Butcher et al., 2018).

Enquadramento/Fundamentação

A terapia pela reminiscência foi introduzida por Butler em 1963. O autor caracterizou-a como um processo mental e natural de recuperação de memórias, partindo da tendência evolutiva que se constata nas pessoas mais velhas em relatar o seu próprio passado, o que vai permitir estimular a recuperação de acontecimentos de vida significativos com diversos designios terapêuticos (Gil et al., 2019).

Esta terapia permite concentrar-se nas memórias preservadas e habilidades, estimulando a memória autobiográfica, promovendo a comunicação e permitindo à pessoa conectar-se com o seu passado e recuperar o seu senso de identidade (Justo-Henriques et al., 2021).

A reminiscência funciona, deste modo, como promotora de uma boa comunicação e, ao estimular a memória de longo prazo, contribui para a melhoria da função cognitiva. Vários estudos têm, ainda, confirmado os efeitos benéficos da terapia pela reminiscência no humor, bem-estar e qualidade de vida (Gil et al., 2019).

Esta não se trata de uma intervenção exclusiva para as pessoas idosas. No entanto, a sua eficácia está potenciada nesta faixa etária, dado que consiste na análise do percurso de vida, realizando um balanço de vida e, eventualmente, resolvendo conflitos localizados no passado. Esta técnica tem vindo a ser aplicada num variado número de contextos e em muitos grupos-alvo, tais como residentes da comunidade com sintomatologia depressiva, idosos institucionalizados, bem como seus familiares e auxiliares, veteranos de guerra, e pessoas com perturbação de stress pós-traumático (Corsete, 2017).

Objetivo(s)

- Melhorar a função cognitiva, a comunicação, o humor e a qualidade de vida, contribuindo dessa forma para aumentar o bem-estar da pessoa (Justo-Henriques et al., 2021).

Indicações Terapêuticas, Resultados de Enfermagem e Instrumentos de Avaliação

Quadro 18 – Indicações Terapêuticas, Resultados de Enfermagem e Instrumentos de Avaliação para a Intervenção “Executar Terapia pela Reminiscência”

Diagnóstico de Enfermagem (Nível de Evidência)	Resultado de Enfermagem	Instrumento(s) de Avaliação
Cognição comprometida (1.a) (Woods et al., 2018)	Cognição melhorada	Resultado NOC “Cognição” (Moorhead et al., 2018)
Comunicação comprometida (1.a) (Woods et al., 2018)	Comunicação melhorada	Resultado NOC “Comunicação” (Moorhead et al., 2018)
Humor depressivo (1.a) (Woods et al., 2018)	Humor melhorado	Resultado NOC “Nível de Depressão” (Moorhead et al., 2018)

Nota 1: Todos os diagnósticos de Enfermagem apresentados seguem a nomenclatura preconizada pelo International Council of Nurses (2019).

Nota 2: Todos os níveis de evidência apresentados têm por base as recomendações do Joanna Briggs Institute (2014).

Contraindicações / Critérios de Exclusão da Intervenção

- Incapacidade de permanecer numa atividade de grupo durante 30-60 minutos devido a fatores de natureza diversa (Corsete, 2017).
- Alterações súbitas do estado de saúde em geral e/ou humor que impeçam a participação e realização das atividades até ao término do programa (Corsete, 2017).
- Presença de condições de cariz psiquiátrico ou cognitivo que possam interferir nos resultados obtidos, nomeadamente um resultado na *Geriatric Depression Scale - 15 (GDS-15)* superior a 11 (Corsete, 2017).
- Pontuação no *Mini-Mental State Examination (MMSE)* abaixo do ponto de corte definido para o grau de escolaridade (Corsete, 2017).
- *Montreal Cognitive Assessment (MoCA)* com pontuação inferior a 26 (Lopes et al., 2016).
- *Global Deterioration Scale (GDS)* entre 5 e 7, correspondente, respetivamente, a declínio cognitivo moderadamente grave, grave e muito grave (Lopes et al., 2016).

Tipos de Terapia pela Reminiscência (Pinquart & Forstmeier, 2012)

Terapia pela Reminiscência Simples

Estimula as memórias autobiográficas durante conversas sobre tópicos específicos do passado (férias, comida, bebida e trabalho). Pode ser realizada de forma individual ou em grupo.

Terapia pela Reminiscência Estruturada / Revisão de vida

A revisão de vida é um formato mais estruturado, onde os participantes são orientados por meio de experiências significativas da sua biografia, tentando encontrar sentido na sua vida. É realizada individualmente.

Terapia de Revisão de Vida

Possui um formato altamente estruturado, no qual se pretende a promoção da mudança na forma como a pessoa pensa e sente em relação a si mesma e ao seu passado.

Procedimento

Fase de Preparação para as Sessões:

- Estabelecer um diagnóstico de Enfermagem sobre a dificuldade que a pessoa apresenta através da realização da avaliação inicial (a executar de forma progressiva):
 - Características sociodemográficas.
 - Problemas atuais.
 - História de doença atual e acontecimentos precipitantes.
 - Estratégias de *coping* (adaptativas e mal-adaptativas) atuais e anteriores.
 - Histórico de doença mental, incluindo tratamentos psicossociais realizados (e utilidade percebida desses tratamentos), internamentos, medicação, tentativas de suicídio, e estado atual.
 - História de uso de substâncias e estado atual.
 - Histórico médico e estado atual.
 - História desenvolvimental.
 - História familiar e estado atual.

- História social e estado atual.
- História educacional e estado atual.
- História vocacional e estado atual.
- História religiosa/espiritual e estado atual.
- Forças, valores, e estratégias de *coping* adaptativas.
- Avaliar a adequação da terapia pela reminiscência à pessoa.
- Informar os membros da família sobre os benefícios da terapia pela reminiscência.
- Explicar a intervenção a desenvolver.
- Apresentar os objetivos da técnica.
- Se intervenção em grupo, explicar aos participantes o funcionamento do grupo.
- Despertar motivação e interesse.
- Avaliar a motivação e interesse dos participantes para iniciar a sessão (expressão facial, envolvimento, participação e volição).

Fase de Desenvolvimento das Sessões (Butcher et al., 2018):

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

Introdução (7 minutos):

- Boas-vindas ao(s) participante(s).
- Realizar as apresentações (dinamizadores e participantes).
- Explicar novamente o funcionamento e duração das sessões.
- Escolher com o participante o tema da sessão. Os temas das sessões podem representar os meios de transporte, equipamentos, casa, meios de comunicação social, profissões, roupas, atores e apresentadores de televisão, política e referências regionais/locais.
- Determinar o método de reminiscência (autobiografia gravada, diário, revisão de vida estruturada, álbum de recortes, discussão aberta e contar histórias).

GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS

- Utilizar adereços como: imagens, cartões, histórias impressas e digitais, álbuns de fotos para estimulação visual, sons para estimulação auditiva e perfume para estimulação olfativa, direcionando todos os cinco sentidos para estimular a recordação.
- Usar os álbuns de fotos ou álbuns de recortes do participante para estimular recordações.

Desenvolvimento da Técnica (40 minutos):

- Proporcionar um ambiente confortável.
- Incentivar a expressão verbal de sentimentos positivos e negativos relacionados com eventos passados.
- Adaptar a intervenção ao ritmo do participante.
- Observar a linguagem corporal, a expressão facial e o tom de voz para identificar a importância das lembranças para o participante.
- Realizar perguntas abertas sobre eventos anteriores.
- Incentivar a redação de eventos anteriores.
- Manter o foco das sessões mais no processo do que no resultado final.
- Fornecer apoio, incentivo e empatia ao participante.
- Usar acessórios, temas e técnicas culturalmente sensíveis.
- Ajudar o participante a lidar com a dor, a raiva ou outra forma de emoção negativa.
- Ajudar o participante na criação da árvore genealógica ou a escrever a sua história de vida.
- Incentivar o participante a escrever cartas para familiares ou velhos amigos.
- Comentar sobre a qualidade afetiva que acompanha as memórias de uma maneira empática.
- Usar perguntas e afirmações diretas para que o utente volte a concentrar-se nos eventos da vida, conforme necessário.
- Reconhecer os mecanismos de *coping* utilizados em situações anteriores.

Encerramento da Sessão (3 minutos):

- Promover um momento para que os participantes expressem as suas opiniões e sentimentos face à intervenção realizada.
- Analisar as dificuldades, interesse, e benefícios da sessão.
- Finalizar a sessão com os cumprimentos e agendamento de nova sessão.
- Avaliar os resultados da intervenção e documentá-los.

9. EXECUTAR REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA

Definição

A reestruturação cognitiva trata-se de uma intervenção psicoterapêutica de Enfermagem que consiste em desafiar o utente a alterar padrões de pensamento distorcidos e a encarar o seu *self* e o ambiente de forma mais realista (Butcher et al., 2018).

Enquadramento / Fundamentação

A reestruturação cognitiva é uma técnica psicoterapêutica de eleição. Esta passa por sugerir trabalhos de casa ao utente para que este colha dados que lhe permitam avaliar se os seus pensamentos, sentimentos e atribuições são suportadas empiricamente. Frequentemente os dados empíricos não suportam esses mesmos pensamentos, sentimentos e/ou atribuições. Esta evidência é usada como parte do processo de reestruturação cognitiva para que se possa caminhar no sentido de corrigir os vieses cognitivos (McKay & Tryon, 2017).

A reestruturação cognitiva trata-se de uma intervenção de Enfermagem constante na NIC (Butcher et al., 2018) que, pelas suas características, pode ser considerada uma intervenção psicoterapêutica (Sampaio et al., 2014). Enquadrando-se esta no domínio da terapia cognitiva (Beck, 1979), e sendo escassa a literatura existente na qual a reestruturação cognitiva é avaliada separadamente de outras técnicas vulgarmente utilizadas na terapia cognitiva ou cognitivo-comportamental, uma parte substancial da fundamentação utilizada no presente capítulo advém de material científico no qual a reestruturação cognitiva é tratada no contexto de uma psicoterapia, e não enquanto técnica / intervenção isolada.

Objetivo(s)

- Promover a mudança dos esquemas cognitivos através da exploração, avaliação e substituição de pensamentos, apreciações e crenças mal-adaptativas que são responsáveis pelas alterações psicológicas (Burns & Beck, 1978; Clark, 2014; Dobson & Dozois, 2010; Hollon & Dimidjian, 2009).

Indicações Terapêuticas, Resultados de Enfermagem e Instrumentos de Avaliação

Quadro 19 – Indicações Terapêuticas, Resultados de Enfermagem e Instrumentos de Avaliação para a Intervenção “Executar Reestruturação Cognitiva”

Diagnóstico de Enfermagem (Nível de Evidência)	Resultado de Enfermagem	Instrumento(s) de Avaliação
Abuso do álcool (2.d) (Jackson & Oei, 1978)	Sem abuso do álcool	Resultado NOC “Comportamento de Cessação do Abuso de Álcool” (Moorhead et al., 2018)
Abuso de drogas (1.a) (Magill & Ray, 2009; McHugh et al., 2010)	Sem abuso de drogas	Resultado NOC “Comportamento de Cessação do Abuso de Drogas” (Moorhead et al., 2018)
Abuso do tabaco (1.a) (Denison et al., 2017)	Sem abuso do tabaco	Resultado NOC “Comportamento de Cessação do Tabagismo” (Moorhead et al., 2018)
Ansiedade (1.c) (Clark & Beck, 2010)	Ansiedade reduzida Autocontrolo da ansiedade melhorado	Resultado NOC “Nível de Ansiedade” (Moorhead et al., 2018) Resultado NOC “Autocontrolo da Ansiedade” (Moorhead et al., 2018)
Autoconceito comprometido (1.c) (Cajanding, 2016; Fingeret et al., 2013)	Autoconceito positivo	Resultado NOC “Autoestima” (Moorhead et al., 2018) Resultado NOC “Imagem Corporal” (Moorhead et al., 2018)
Comportamento aditivo sem substância (1.c) (Ladouceur et al., 2001)	Sem comportamento aditivo sem substância	Teste de Dependência do Telemóvel para Adolescentes e Jovens Portugueses (Dias et al., 2019) Escala de Adição ao Smartphone – versão reduzida (Água et al., 2017) Teste de Dependência de Internet (Pontes et al., 2014) South Oaks Gambling Screen (Lopes, 2010)
Comportamento autodestrutivo (1.a) (Mewton & Andrews, 2016)	Sem comportamento autodestrutivo	Resultado NOC “Automutilação” (Moorhead et al., 2018)
Humor depressivo (1.c) (Cajanding, 2016; Konnert et al., 2009)	Humor melhorado	Resultado NOC “Nível de Depressão” (Moorhead et al., 2018)

Ideação suicida (1.c) (Guille et al., 2015; Schaefer et al., 2012)	Sem ideação suicida	Resultado NOC “Vontade de Viver” (Moorhead et al., 2018)
Luto comprometido (1.c) (Wagner et al., 2007)	Luto	Resultado NOC “Resolução do Pesar [Luto]” (Moorhead et al., 2018)
Obsessão (1.d) (Andersson et al., 2011)	Obsessão reduzida	Subescala “Obsessões” da <i>Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale</i> (Macedo & Pocinho, 2007)
Pensamento comprometido (2.d) (Deacon et al., 2011)	Distorção do pensamento reduzida	Resultado NOC “Autocontrole do Pensamento Distorcido” (Moorhead et al., 2018)

Nota 1: Todos os diagnósticos de Enfermagem apresentados seguem a nomenclatura preconizada pelo International Council of Nurses (2019).

Nota 2: Todos os níveis de evidência apresentados têm por base as recomendações do Joanna Briggs Institute (2014).

Contraindicações / Critérios de Exclusão da Intervenção

- Estado de descompensação / agudização da doença mental (Drake et al., 2020).
- Debilidade intelectual ou défice cognitivo grave (Drake et al., 2020; Gautam et al., 2020; Grant et al., 2005).
- Perturbação antissocial da personalidade (Gautam et al., 2020; Newman et al., 1997).

Procedimento

Sessão de Avaliação Inicial: (Beck, 2021)

- Realizar a avaliação inicial do utente (a executar de forma progressiva):
 - Características sociodemográficas.
 - Problemas atuais.
 - História de doença atual e acontecimentos precipitantes.
 - Estratégias de *coping* (adaptativas e mal-adaptativas) atuais e anteriores.
 - Histórico de doença mental, incluindo tratamentos psicossociais realizados (e utilidade percebida desses tratamentos), internamentos, medicação, tentativas de suicídio, e estado atual.
 - História de uso de substâncias e estado atual.
 - Histórico médico e estado atual.

- História desenvolvimental.
 - História familiar e estado atual.
 - História social e estado atual.
 - História educacional e estado atual.
 - História vocacional e estado atual.
 - História religiosa/espiritual e estado atual.
 - Forças, valores, e estratégias de *coping* adaptativas.
- Pedir ao utente para descrever um dia habitual, focando a atenção:
 - Na potencial existência de variações no humor.
 - Nas interações do utente com a família, amigos e colegas de trabalho.
 - No nível de funcionalidade em casa e no trabalho.
 - Na forma de ocupação do tempo livre.
 - Questionar o utente se há algo mais que possa ser importante saber (mas que o utente pode optar por não contar aquando da sessão de avaliação inicial).
 - Questionar o utente se este gostaria de convidar o(s) seu(s) acompanhante(s) (caso exista[m]) a participar na sessão.
 - Apresentar ao utente as primeiras impressões face aos dados colhidos (incluindo, eventualmente, uma primeira proposta de diagnóstico(s) de Enfermagem).
 - Definir objetivos iniciais para a intervenção.
 - Apresentar ao utente o número de sessões expectável (em formato de intervalo) e combinar a sua periodicidade (preferencialmente semanais).

Primeira Sessão: (Beck, 2021; Herson, 2005)

- Apresentar ao utente o fundamento teórico que suporta a intervenção.
- Explicar ao utente o funcionamento das sessões.
- Avaliar o humor do utente.
- Questionar o utente se existe algum problema / questão importante que não tenha ainda sido mencionado pelo mesmo e que possa ser prioritário para a sessão.
- Incentivar o utente a verbalizar experiências positivas que tenha tido ao longo da semana.
- Apresentar o(s) diagnóstico(s) de Enfermagem e discuti-lo(s) com o utente.

- Identificar problemas específicos do utente e ajuda-lo a transforma-los em objetivos / aspetos a trabalhar ao longo das sessões.
- Ajudar o utente a compreender em que medida o seu pensamento afeta as suas reações (comportamentos).
- Realizar um resumo da sessão e negociar com o utente uma tarefa a ser realizada como “trabalho de casa”.
- Pedir ao utente *feedback* acerca do decurso da sessão.

Nota: A duração das sessões ronda, habitualmente, os 45-50 minutos, mas a sessão inicial tem uma duração de cerca de uma hora.

Sessão/ões intermédia(s): (Beck, 1979; Beck, 2021; Butcher et al., 2018; Herson, 2005; McKay et al., 1981; Mohr, 2006; Pender, 1996; Scandrett-Hibdon, 1992)

- Explicar ao utente que as autoverbalizações medeiam as emoções.
- Explicar ao utente que a incapacidade para ter comportamentos desejáveis é frequentemente resultado de autoverbalizações pouco racionais (pouco fundamentadas na realidade).
- Ajudar o utente a alterar autoverbalizações pouco racionais para autoverbalizações racionais (mais sustentadas numa análise lógica da realidade).
- Ajudar o utente a identificar algumas distorções cognitivas, tais como:
 - O pensamento dicotómico (classificar as coisas como “brancas” ou “pretas”, “verdadeiras” ou “falsas” – exemplo: “Se este trabalho não ficar perfeito, o meu esforço não terá valido de nada);
 - A generalização (generalizar de um caso para todos os casos, mesmo que seja apenas ligeiramente idêntico – exemplo: “A mim nunca nada me corre bem”);
 - A maximização / minimização (maximizar os próprios erros e os acertos dos outros, ou minimizar os próprios acertos e os erros dos outros – exemplo: “Não importa quantas coisas fiz bem no passado. O que importa é que agora cometi um erro gravíssimo”);
 - A personalização (sentir-se 100% responsável pelos acontecimentos – exemplo: o filho do André fez um exame e não passou. O André pensa logo ter fracassado na educação do seu filho, acha que cometeu algum erro);
 - O filtro mental (focar nos aspetos negativos e ignorar o resto da informação – exemplo: a Joana convidou dez amigas para jantar. Nove gostaram do prato, sendo que apenas uma não gostou. A Joana sente-se mal e acredita estar a cozinhar pessimamente);

- A catastrofização (prever negativamente o futuro sem considerar outros resultados mais prováveis – exemplo: “O meu filho ainda não chegou, deve ter tido um acidente”);
 - O raciocínio emocional (supor que as próprias emoções refletem as coisas como elas são – exemplo: “Eu sinto que sou assim, portanto isso tem que ser verdade”);
 - Afirmações do tipo “deveria fazer isto...” (exemplo: “Deveria ter dado mais atenção ao meu marido; se assim fosse ele não me teria deixado”);
 - A leitura da mente (acreditar que se sabe o que os outros pensam e o motivo pelo qual se comportam de determinada forma – exemplo: “Eles sentem pena de mim”);
 - A predição do futuro (afirmar que determinadas suposições são corretas, mesmo que não exista qualquer evidência que a comprove – exemplo: “Tenho a certeza que vou reprovar”);
 - A rotulagem (utilizar rótulos pejorativos para a pessoa se descrever, ao invés de descrever os seus atos e qualidades com objetividade e exatidão – exemplo: “Sou um inútil”).
- Ajudar o utente a identificar as emoções negativas (exemplos: raiva, ansiedade, desesperança) que este sente.
 - Ajudar o utente a identificar os stressores (por exemplo, situações, acontecimentos, interações com outras pessoas) que podem ter contribuído para o seu estado emocional.
 - Ajudar o utente a identificar as suas potenciais interpretações erróneas relativamente aos stressores.
 - Ajudar o utente a identificar e reconhecer a irracionalidade de algumas das suas crenças face à realidade concreta.
 - Ajudar e incentivar o utente a substituir interpretações erróneas por interpretações mais baseadas na realidade concreta relativamente a situações, acontecimentos e/ou interações negativas.
 - Realizar afirmações / colocar questões que desafiem (coloquem em dúvida) a percepção / comportamento do utente, se apropriado.
 - Realizar afirmações que apresentem formas alternativas de encarar / olhar para uma situação.
 - Ajudar o utente a identificar o sistema de crenças que potencialmente está a afetar a sua saúde mental.
 - Fazer uso do sistema de crenças habitual do utente para encarar / olhar para a situação de uma forma diferente.

GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS

- Incentivar o utente a realizar autoverbalizações mais positivas a fim de melhorar o seu autoconceito.
- Incentivar o utente a realizar um registo de pensamentos (exemplo: Quadro 20).
- Realizar um resumo da sessão e negociar com o utente uma tarefa a ser realizada como “trabalho de casa”.
- Pedir ao utente *feedback* acerca do decurso da sessão.

Nota 1: As estratégias apresentadas podem ser utilizadas no contexto da reestruturação cognitiva; contudo, a sua seleção e organização devem ser definidas pelo enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica face à situação e às necessidades específicas de cada utente.

Nota 2: O recurso à imaginação e ao role-playing pode ser utilizado como forma de permitir o treino cognitivo.

Quadro 20 – Registo de Pensamentos

Data / hora	Situação	Pensamento(s) Automático(s)	Emoção/ões	Resposta adaptativa	Resultado
	1. Que acontecimento (externo ou interno) está associado com a emoção desagradável? Ou que comportamento mal-adaptativo adotou?	1. Que pensamento(s) e/ou imagem/ns lhe vieram à cabeça (antes, durante ou após o acontecimento ou comportamento mal-adaptativo)? 2. Quanto acredita nesse(s) pensamento(s)?	1. Que emoção/ões (triste / ansioso / zangado / etc.) sentiu (antes, durante ou após o acontecimento ou comportamento mal-adaptativo)? 2. Quanto intensa (0-100%) foi essa emoção?	1. (opcional) Que distorção cognitiva teve? 2. Use as questões indicadas abaixo para compor uma resposta ao(s) pensamento(s) automático(s). Indique quanto acredita em cada resposta.	1. Quanto é que agora acredita em cada pensamento automático? 2. Que emoção/ões sente agora? Quanto intensa(s) é/são essa(s) emoção/ões (0-100%)? 3. O que seria bom fazer?
<p>Questões auxiliares para compor uma resposta alternativa: (1) Qual é a evidência de que o pensamento automático é verdadeiro / não verdadeiro? (2) Existe alguma explicação alternativa? (3) Se o pior acontecesse, como é que eu poderia lidar com isso? O que é o melhor que poderia acontecer? Qual é o resultado mais realista? (4) Qual é o efeito da minha crença no pensamento automático? E qual poderia ser o efeito caso eu mudasse o meu pensamento? (5) Se a/o [nome da pessoa] estivesse nesta situação e tivesse este pensamento, o que é que eu lhe diria? (6) O que seria bom fazer?</p>					

Sessão Final: (Allsop & Saunders, 1991; Beck, 2021)

- Rever com o utente as competências cognitivas que este desenvolveu fazendo uso do questionamento socrático (exemplo: O que aprendeu como resultado destas sessões? Houve algo que tenha sido particularmente significativo para si?).
- Antecipar, juntamente com o utente, potenciais stressores e sintomas, e abordar:
 - As estratégias que o utente desenvolveu ao longo das sessões que este pode utilizar em resposta a esses stressores / sintomas;
 - As situações nas quais este deve procurar ajuda adicional por parte de um profissional de saúde mental (exemplo: ideação suicida).
- Preparar o utente para a inevitabilidade das dificuldades que poderá vir a encontrar no futuro, mas também para o facto de ter agora mais ferramentas para as enfrentar.
- Discutir os progressos do utente ao longo das sessões, elogiar esses progressos e enfatizar o seu papel nessas mudanças positivas.
- Dar resposta às potenciais preocupações do utente relativamente ao fim da intervenção.
- Incentivar o utente a utilizar 10-15 minutos por semana para autoavaliar o seu humor, o uso de estratégias de resolução de problemas, ou sentimentos que possam estar a afetar o seu humor.
- Caso se julgue necessário e o utente considere útil, agendar uma sessão de *follow-up*, cerca de um mês após a sessão final, para:
 - Analisar com o utente a sua autogestão de sintomas e stressores;
 - Rever as estratégias trabalhadas ao longo das sessões;
 - Discutir questões ou preocupações que o utente possa apresentar durante a fase de transição;
 - Rever os objetivos da intervenção e os ganhos associados à mesma.

10. EXECUTAR ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Definição

Trata-se de uma intervenção psicoterapêutica de Enfermagem que se caracteriza por uma conversação construtiva acerca da mudança de comportamento. Esta implica a mobilização da escuta ativa e empatia para compreender a perspetiva do utente e minimizar a resistência para a mudança (Barroso, 2020). Deve ser baseada na evidência, centrada no utente, não diretiva e não julgadora (Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), 2015).

A utilização desta intervenção assenta no pressuposto de que a mudança é da responsabilidade do indivíduo, pois apenas desta forma ela será efetiva e duradoura, e cabe ao enfermeiro criar um contexto no qual o utente perceba a importância da adoção de um comportamento saudável e os benefícios que daí podem advir, levando-o “a explorar livremente as suas preocupações e a iniciar o processo de mudança” (Sequeira, 2016).

Enquadramento / Fundamentação

A Entrevista Motivacional (EM) é uma intervenção com múltiplas indicações clínicas, nomeadamente focando a mudança de comportamentos quando ocorre ambivalência, embora haja mais evidência da sua utilização com pessoas com comportamentos aditivos e dependências (RNAO, 2015; Sequeira 2016).

A sua utilização é recomendada em articulação com a orientação funcional das fases de **ciclo de mudança** de Prochaska e DiClemente (Miller & Rollnick, 2001). As fases são a **pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção** – às quais se pode seguir uma **recaída**, que implicará entrar num dos outros estádios de mudança. Baseia-se na ideia de que a baixa motivação, ou a falta dela, não consiste num defeito do utente, mas antes um desafio ao enfermeiro e sensível à intervenção deste (Jefferson, 2001).

Esta intervenção tem como princípios (RNAO, 2015):

- Vinculação com os utentes;
- Aceitação e compaixão;
- Foco nas preocupações e objetivos do utente;
- Evocação das necessidades e as razões de mudança;
- Estimulação da conversão de mudança;
- Planeamento em conjunto com o utente (objetivos/mudança).

Estes princípios assentam num conjunto de princípios orientadores para os profissionais de saúde (Miller & Rollinck, 2001):

- **Expressar empatia** – Aceitação, compreensão dos sentimentos e perspetivas sem julgar, criticar ou culpar. A ambivalência é aceite como algo normal e não como um traço patológico. Esta aceitação não pressupõe a concordância ou aprovação do comportamento ou pensamento. É uma atitude de respeito que contribui para construir uma aliança terapêutica e estimular a autoestima do utente, determinantes para a mudança.
- **Evitar a argumentação ou discussão** – Esta atitude pode originar uma disputa de poder ou induzir negação, resistência ou atitude defensiva.
- **Gerir a resistência** – A resistência não deve ser combatida, mas sim reconhecida como natural e parte integrante do processo. Do enfermeiro não é esperada a imposição, mas sim a oferta de novos olhares, alternativas, assumindo sempre que a melhor fonte de respostas é a própria pessoa. É importante explorar “as coisas boas” do comportamento que se pretende mudar, na medida em que ao reconhecer esse lado da ambivalência se demonstra aceitação, autenticidade e disponibilidade; permite baixar as resistências para depois explorar as consequências do comportamento. Pode espoletar alternativas ao comportamento.
- **Desenvolver a discrepância** – Criar e ampliar, na pessoa, uma discrepância entre o comportamento presente e as metas a atingir. Pode ajudar a espoletar o conflito que favoreça a mudança.
- **Promover a autoeficácia** – Um conceito bastante importante quando se fala de EM. A autoeficácia, conceito criado por Bandura (Araújo & Moura, 2011), é a crença da própria pessoa na sua habilidade de executar uma tarefa. O enfermeiro deve priorizar a importância da pessoa para a mudança e acreditar fortemente e, simultaneamente, responsabilizar e confiar.

Tendo em vista que a motivação é um estado mutável, é apropriado pensar em **estratégias** que aumentem a probabilidade de mudança. Estas foram designadas ABCDEFGH (Dias, 2009):

- A – Aconselhar (*Giving Advice*):** por mais valorizado que seja o “*insight*” e o aspeto não diretivo da EM, por vezes um conselho claro, na hora e da forma certa, pode fazer a diferença. De um bom conselho faz parte: identificar o problema ou a área de risco, explicar porque a mudança é necessária, e recomendar uma mudança específica;
- B – Remover barreiras (*Remove Barriers*):** uma pessoa no estágio de contemplação pode considerar aceitar o tratamento, mas estar preocupada em fazê-lo devido a alguns obstáculos do tipo custo, transporte, horário, etc. Essas barreiras podem interferir não só no início do tratamento como também no processo de mudança, já que muitas vezes essas barreiras são mais de atitude

ou internas do que abertas (isto é, a pessoa que ainda não sabe se vale a pena mudar, por exemplo). Neste caso, a abordagem deve ser mais cognitiva do que prática. O enfermeiro deve auxiliar o utente a identificar essas barreiras e ultrapassá-las, assistindo na procura de soluções práticas para o problema;

- C – Oferecer opções de escolha (*Providing Choices*):** é sabido que a motivação aumenta quando a pessoa percebe ser capaz de decidir livremente sem influência externa ou sem ter sido obrigada a fazê-lo. Portanto, é essencial ajudar a pessoa a sentir liberdade (e consequentemente responsabilidade) de escolha, o que fica facilitado se o enfermeiro oferecer várias alternativas;
- D – Diminuir a vontade (*Decreasing Desirability*):** se um comportamento é mantido apesar das suas más consequências, é porque este também traz algo de bom. É função do enfermeiro identificar com a pessoa os aspetos positivos do consumo de uma substância e o que o estimula, para depois procurar formas de diminuir esses incentivos;
- E – Praticar a empatia (*Practicing Empathy*):** consiste não na habilidade de identificar-se com a pessoa, mas sim de entendê-la através da escuta crítica;
- F – Dar feedback (*Providing Feedback*):** se o enfermeiro não sabe bem a fase presente do processo terapêutico, torna-se difícil saber para onde ir. Muitas pessoas acabam por não mudar por falta de retorno quanto à sua atual situação. Portanto, deixar o utente sempre a par de seu estado presente é um elemento essencial para motivá-lo para a mudança;
- G – Clarificar objetivos (*Clarifying Goals*):** só dar *feedback* não é suficiente. É importante compará-lo com uma meta pré-estabelecida, que oriente o percurso de ação. Portanto, é importante auxiliar a pessoa a estabelecer certos objetivos e que estes sejam realistas e atingíveis;
- H – Ajuda ativa (*Active Helping*):** a última estratégia motivacional é a atitude de ajuda ativa, isto é, o enfermeiro deve estar ativo e positivamente interessado no processo de mudança da pessoa e isto pode ser expresso pela iniciativa para ajudar e pela expressão de cuidado (ex.: telefonema após uma ausência à consulta).

No que se refere à **resistência**, são recomendadas algumas estratégias (Miller & Rollinck, 2001):

- A – Reflexão simples:** uma boa resposta à resistência é uma de não-resistência. Simplesmente constatar que o utente discorda ou que ele sente algo permite explorar melhor a situação ao invés de aumentar as defesas;
- B – Reflexão amplificada:** devolver ao utente o que ele disse de uma forma amplificada ou mesmo exagerada (Ex.: “Eu consigo controlar a minha bebida” devolvida pelo enfermeiro como “Então quer dizer que não tem nada a

temer, álcool não é um problema para si”). Deve ter-se cuidado pois um comentário destes num tom sarcástico pode ter o efeito inverso e aumentar a resistência.

- C – Reflexão de dois lados (*double-sided*):** baseada na escuta crítica e a partir do que a pessoa diz, acrescentar o outro lado da ambivalência, utilizando material fornecido.
- D – Mudar o foco:** aqui a ideia é mudar o foco de atenção da pessoa de algo que parece uma barreira para sua evolução.
- E – Concordar, mas com alguma mudança:** aqui o enfermeiro concorda com algo que a pessoa diz, mas muda sutilmente de direção.
- F – Enfatizar a escolha e controlo pessoal:** assegurar à pessoa que, no fim das contas, quem tem a última palavra é ela própria ajuda a diminuir a relutância.
- G – Reinterpretar:** Colocar os comentários do utente num outro contexto ou mesmo dar-lhe outra interpretação, alterando o sentido.
- H – Paradoxo terapêutico:** utilizar paradoxos como “OK, talvez seja melhor continuar a usar drogas...”, de uma forma calma, de modo a que a pessoa, resistindo ao enfermeiro, possa avançar, assumindo que não quer mais usar drogas. Porém, esta estratégia requer muita experiência e deve ser usada com prudência.

Em resumo, a resistência pode transformar-se na chave para um tratamento de sucesso se o enfermeiro souber reconhecê-la como uma oportunidade.

Objetivo(s)

O principal objetivo é ajudar o utente a identificar e resolver a sua ambivalência, e criar e fortalecer a motivação para mudar comportamentos. Os profissionais podem conseguir uma melhor compreensão das necessidades, capacidades e objetivos dos seus utentes (RNAO, 2015).

Indicações Terapêuticas, Resultados de Enfermagem e Instrumentos de avaliação

Quadro 21 – Indicações Terapêuticas, Resultados de Enfermagem e Instrumentos de Avaliação para a Intervenção “Executar Entrevista Motivacional”

Diagnóstico de Enfermagem (Nível de Evidência)	Resultado de Enfermagem	Instrumento de Avaliação
Abuso de álcool (1c) (Soares & Vargas, 2020)	Sem abuso de álcool	Resultado NOC “Comportamento de Cessação do Abuso de Álcool” (Moorhead et al., 2018)
Abuso de drogas (5c) (Butcher et al., 2018)	Sem abuso de drogas	Resultado NOC “Comportamento de Cessação do Abuso de Drogas” (Moorhead et al., 2013)
Adesão ao regime medicamentoso comprometida (2a) (Steinkamp et al., 2021)	Adesão ao regime medicamentoso	Resultado NOC “Comportamento de adesão” (Moorhead et al., 2018)

Nota 1: Todos os diagnósticos de Enfermagem apresentados seguem a nomenclatura preconizada pelo International Council of Nurses (2019).

Nota 2: Todos os níveis de evidência apresentados têm por base as recomendações do Joanna Briggs Institute (2014).

A indicação clínica para utilização da EM surge frequentemente associada à realização de intervenções breves, nomeadamente em problemas relacionados ao consumo problemático de álcool (Esgaio & Barroso, 2018).

Contraindicações / Critérios de Exclusão da Intervenção

- Estado de descompensação/agudização da doença mental grave;
- Doença mental severa;
- Debilidade intelectual ou défice cognitivo grave;
- Perturbação da personalidade grave.

Na revisão da literatura realizada não foram encontradas quaisquer contraindicações formais para a realização da Intervenção em crise. Contudo, foi assumido por consenso de peritos que as contraindicações supramencionadas seriam fator de exclusão para a realização da mesma.

Procedimento (baseado em Miller e Rollinck, 2001)

Sessão de Avaliação Inicial:

A EM tem como base modelos teóricos variados com diferentes técnicas operativas (diretivas e não diretivas, abordagens breves, entre outras). Estas várias técnicas são utilizadas na EM de forma bastante específica. O enfermeiro assume a função de estimular a motivação do utente para aumentar a possibilidade de mudança sem, ao mesmo tempo, impor à pessoa um curso de ação que não seja apropriado ao seu momento pessoal.

A primeira sessão é crucial. O enfermeiro, nesta sessão, poderá exercer uma forte influência sobre a resistência do utente e sobre os efeitos a longo prazo. Deve, portanto, desde logo adotar uma abordagem adequada para evitar “armadilhas” que interfiram no processo, pelo que a forma como as questões são colocadas devem ser bem preparadas. Perguntas para respostas de “sim” ou “não” têm a desvantagem de proporcionar poucas oportunidades para que o utente analise a situação e possa elaborar frases que fomentem a motivação. As perguntas abertas e estratégias de escuta reflexiva são úteis para absorver o discurso do utente para poder ser devolvido posteriormente.

Objetivos principais:

- Apurar o motivo da necessidade da intervenção.
- Apurar a fase do ciclo de mudança em que o utente se encontra.
- Apoiar a expressão das dúvidas e responder às questões.

Avaliação inicial (a executar de forma progressiva):

- Características sociodemográficas.
- Problemas atuais.
- História de doença atual e acontecimentos precipitantes.
- Histórico de doença mental, incluindo tratamentos psicossociais realizados (e utilidade percebida desses tratamentos), internamentos, medicação, tentativas de suicídio, e estado atual.
- História de consumos e estado atual.
- Outros problemas de saúde e estado atual.
- História desenvolvimental.
- História familiar e estado atual.
- História social e estado atual.
- História educacional e estado atual.
- História vocacional e estado atual.

- História religiosa/espiritual e estado atual.
- Estratégias de *coping* (adaptativas e mal-adaptativas) atuais e anteriores.
- Forças, valores (recursos internos).
- Pedir ao utente para descrever um dia habitual, focando a atenção:
 - No padrão de consumo e no impacto deste nas relações e funcionalidade do utente;
 - Na potencial existência de variações da motivação;
 - Nas interações da pessoa com a família, amigos e colegas de trabalho;
 - No nível de funcionalidade em casa e no trabalho;
 - Na forma de ocupação do tempo livre.
- Validar com o utente a síntese da sua história.
- Definir objetivos iniciais para a intervenção.

Sessão Inicial:

Quando num quadro de ambivalência e possivelmente na fase de contemplação inicial ou mesmo pré-contemplação:

- Fornecer ao utente uma explicação breve sobre o *setting* (local), para dosear as expectativas e medos, assim como consciencializar sobre o que esperar da intervenção.
- Mencionar a duração aproximada das sessões e do acompanhamento.
- Explicar o papel do enfermeiro e os seus objetivos como tal.
- Clarificar o papel do utente (ex.: o que fazer em caso de faltas, o que pode ou não fazer ou dizer durante as sessões).
- Validar a opinião do utente sobre o que está a ser contratualizado.

Orientações sobre o questionamento (Miller & Rollnick, 2001):

1. Fazer perguntas abertas: para estabelecer ou manter uma atmosfera de aceitação e confiança, para permitir ao utente explorar os seus problemas. Importa colocar questões que não podem ser facilmente respondidas com brevidade. Por exemplo: “O que acha que poderá acontecer se continuar com o seu problema?”; “O que mais teme que possa acontecer, se não fizer a mudança?”; “Já tentou mudar alguma vez? O que aconteceu?”.

As pessoas podem ter quatro tipos de manifestações à abordagem: **reconhecimento de problema** (ex.: “Eu nunca tinha pensado no quanto estou a beber”); **expressão de preocupação** (ex.: “Estou realmente preocupado com isso”); **intenção de mudar** (ex.: “Eu tenho que fazer algo a respeito”); e **otimismo** (ex.: “Eu acho que posso fazê-lo”). Esta é uma das funções principais da EM. A forma mais simples é perguntar por estas afirmações e se o utente as mencionar, deve-se estimulá-las.

Outras questões para clarificar o posicionamento face à mudança (Miller & Rollnick, 2001):

Por exemplo, “O que o faz querer mudar agora?”, “Quais as razões para a mudança?”; “Quais os melhores resultados que pode imaginar se fizer uma mudança?”; “Quais as barreiras que encontra para fazer a mudança?”; “Se decidir mudar, quais as expectativas para o futuro?”; “Quem poderia ajudar neste processo?”; “Quais as coisas que funcionaram noutros processos semelhantes?”; “Quais as necessidades para a mudança?”.

O uso da pergunta-escala revelou ser útil para explorar a motivação e a confiança para a mudança, bem como os fatores facilitadores e dificultadores: “De 0 a 10, qual é a sua motivação/confiança para a mudança?”; “Qual a razão de se atribuir um 6 e não um 7? O que faz que não seja um 5? “Como é que a sua vida seria se a sua confiança aumentasse um ponto?”. A resposta dada pelo utente deve ser explorada no sentido de encontrar os fatores potenciadores da mudança e a forma de contornar os obstáculos a essa mudança.

2. Pode auxiliar trabalhar com o utente os aspetos positivos e negativos do seu comportamento, através da “balança de decisão” (Quadro 22). Serve para estimular a elaborar a respeito de si, isto é, falar mais sobre si.

Quadro 22 – Balança de Decisão

Balança de Decisão			
Continuar a beber como antes		Mudar a forma de beber	
Benefícios	Consequências	Benefícios	Consequências
“Ajuda-me a esquecer”	“Perder o casamento”	“Casamento mais feliz”	“Perder amigos”

3. Pode ajudar pedir ao utente para descrever os extremos das suas preocupações (ex.: o que mais o preocupa) e refletir sobre como era a vida dele antes do problema surgir para comparar com a atual situação. Ao mesmo tempo, importa estimular a pensar numa mudança futura.

4. Explorar quais são as coisas mais importantes na vida. Estabelecer metas, para comparar com sua atual situação e isto gerar motivação.

Existe uma grande possibilidade de o utente desistir do acompanhamento após a primeira sessão. Um contacto seguinte diminui bastante esta taxa de desistência (Miller & Rollnick, 2001).

Terminar a primeira sessão questionando se há algo mais que possa ser importante saber (mas que o utente pode ter optado por não abordar na avaliação inicial).

Sessão/ões intermédia(s):

• Estimular o compromisso com a mudança

Este é o momento de mudar as estratégias. Nesta fase, o utente já poderá estar pronto para mudar e o principal objetivo é auxiliar a confirmar e justificar a decisão de mudança tomada. Para tal, é preciso que esteja no momento certo, isto é, na fase de preparação do ciclo da motivação.

Inicia-se um compromisso com as mudanças num futuro próximo. Neste sentido, o enfermeiro poderá perguntar: “Que estratégias já pensou adotar neste processo de mudança?”; “Como pensa planear os próximos 30 dias?”; “O que se compromete a mudar nos próximos dias?”; “Que passos já deu para fazer a mudança?”; “O que precisa de fazer para que a mudança ocorra?”; “O que precisa que aconteça para que a mudança ocorra?”.

Algumas indicações de que a pessoa está pronta para passar da primeira para a segunda fase são: diminuição da resistência; diminuição das questões sobre o seu problema; parecer ter resolvido algo, mostrando-se mais calmo; afirmações de automotivação; aumento das perguntas sobre mudança (ex.: “como seria se...”, “o que fazer”), conversa sobre como seria se ela mudasse; experimentação da mudança (ex.: entre as sessões, reduzir o consumo ou ficar sem consumir). Uma vez atingida esta segunda fase, a maior parte do trabalho de EM foi feito. É como se faltasse ao utente colocar o cinto de segurança, escolher qual dos caminhos seguir, e começar a conduzir. A partir daqui o papel do enfermeiro é o de ser um guia neste percurso.

É preciso ter em mente algumas possíveis complicações: a ambivalência ainda não desapareceu e o plano de mudança não assumido pela pessoa na sua plenitude (Dias, 2009). Ações a desenvolver nestes casos:

1. Fazer uma recapitulação do que se passou até então no processo terapêutico, com o principal intuito de listar o maior número de razões para a pessoa mudar e ao mesmo tempo indicar qualquer ambivalência ou relutância. Este resumo é usado como a preparação final para a transição ao compromisso de mudança. Geralmente, nesta fase, o utente pede opinião. É bastante apro-

prizado que o enfermeiro ofereça algum conselho, caso tal lhe seja pedido. Além disso, é importante que o aconselhamento seja dado de uma forma mais abrangente, permitindo ao próprio utente julgar se tal se adapta à sua situação. Vale a pena também dar várias alternativas, tendo em mente que quando é o próprio utente a decidir o seu futuro, maior a probabilidade de este aderir e de ter sucesso.

2. É emergente realizar um plano e deste processo de negociação faz parte estabelecer objetivos e considerar opções de mudança. Uma vez negociado um plano, deve auxiliar-se o utente nos aspetos práticos deste, inclusive colocar no papel o plano em si, datas, quem procurar no caso de acontecer algo, resultados esperados, etc. Daí, o que se segue é a pessoa assumir a responsabilidade pelo seu plano, decidindo quais os passos a tomar imediatamente. Neste momento, estará visivelmente na fase de ação do ciclo da motivação. Nesta fase são importantes as narrativas de afirmação. São declarações positivas de compreensão que ajudam a criar um ambiente terapêutico de apoio e a criação de vínculo com o utente. Por exemplo: “Admiro a sua coragem para mudar...”; “É difícil falar sobre isso...eu admiro sua perseverança.”; “Quais são as coisas boas em relação à mudança?”; “Fale-me sobre as coisas que não são tão boas em relação à mudança?”; “Parece-me que tem alguma preocupação sobre Fale-me mais sobre isso.”; “Sinto que nesta altura pode estar a sentir ... (ansiedade, constrangimento...)”; “Quais são suas preocupações sobre isso?”; “O que gostaria de fazer a esse respeito?”.
3. Realizar *role-playing* com o fim de simular situações práticas do plano ou mesmo de situações do dia a dia, para adquirir novas competências.
4. Apoiar durante a execução do plano e manter o acompanhamento. Três aspetos são fundamentais: no tratamento de pessoas dependentes não existe um tratamento que seja o melhor; recair é uma possibilidade no processo de recuperação que muitas vezes acontece mais que uma vez; respeitar o momento do utente. Se este, não está pronto para assumir este compromisso, o melhor é que ele reflita mais e que se possa continuar a conversar sobre a situação.

Pode, após a recaída, retomar à fase de pré-contemplação, contemplação ou preparação, sendo desejável que reinicie o processo de cessação do comportamento prejudicial anterior com a maior brevidade possível.

Nota 1: As estratégias apresentadas podem ser utilizadas no contexto desta intervenção; contudo, a sua seleção e organização devem ser definidas pelo enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica face à situação e às necessidades específicas de cada utente.

Nota 2: A duração deve ser entre os 45-60 minutos.

Sessão Final (Tomás et al., 2020):

Nesta fase, deve dar-se apoio e reforçar o plano de ação, orientando para a utilização de recursos. Sugerem-se narrativas de afirmação para esta fase: “Obrigado por ter vindo hoje.”; “Vejo que se está a esforçar para vencer suas dificuldades.”; “Eu percebo que é uma pessoa forte. Conseguiu até agora... Parabéns pelo seu percurso até aqui.”; “Qual é o próximo objetivo que definiu para si?”; “Qual o seu plano principal e outro alternativo?”.

Se houver recaída, deve salientar-se a aprendizagem com a recaída e reforçar a necessidade de mudança. O enfermeiro deve aqui ajudar a renovar os processos de ponderação, determinação e ação, sem desvalorização e proporcionando motivação para recomeçar.

É importante a utilização de afirmações positivas para depois retomar o ciclo de mudança. Por exemplo: “É preciso uma grande coragem para admitir que não tem tomado a medicação...”; “Já foi muito bem-sucedido nas mudanças que fez no passado...”; “Tem feito um grande esforço para mudar...”.

Após a afirmação positiva importa colocar questões abertas para explorar a situação e aprendizagem conseguida no processo de mudança. Por exemplo: “O que já conseguiu na sua tentativa de mudança?”; “O que aprendeu neste processo de recaída?”; “O que favoreceu este processo?”; “O que precisa ter em conta para a próxima vez que tentar...?”

Resumo

A primeira estratégia da Entrevista Motivacional é vincular-se à pessoa a fim de lhe permitir posicionar-se no que diz respeito aos hábitos que precisa mudar. É essencial colocar a pessoa no processo de mudança e usar estratégias de comunicação adaptados a cada necessidade. Posteriormente, importa promover a sua consciencialização para o seu comportamento, aumentando os níveis de contradição entre as suas crenças e as suas ações e, por conseguinte, aumentando os níveis de conflito. Finalmente, importa trabalhar a ambivalência, a autoeficácia, e apoiar a pessoa através de ajuda ativa faz parte das abordagens recomendadas (Jungerman e Laranjeira, 1999).

CONCLUSÃO

O presente GOBP de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem visou dar resposta a uma lacuna existente no corpo de conhecimento de ESMP. Por via do mesmo, foram identificadas as intervenções psicoterapêuticas de Enfermagem passíveis de ser realizadas pelos enfermeiros especialistas em ESMP, sendo estas as seguintes: (a) executar intervenção em crise; (b) técnica de modificação do comportamento; (c) executar aconselhamento; (d) executar técnica de mediação artístico-expressiva; (e) executar técnica de resolução de problemas; (f) executar intervenção promotora do processo familiar; (g) executar técnica de relaxamento; (h) executar terapia pela reminiscência (i) executar reestruturação cognitiva; e (j) executar entrevista motivacional.

Importa enfatizar, uma vez mais, que este não se trata de um documento fechado, pelo que o facto de uma determinada intervenção não estar atualmente incluída no mesmo não significa que, nas revisões / atualizações do GOBP, que devem ser realizadas a cada quatro anos, estas não possam vir a ser integradas. Existem também algumas intervenções, como por exemplo o treino metacognitivo, que, por apresentarem um conjunto de sessões com conteúdos pré-definidos e fechados (não seguindo, portanto, uma lógica progressiva), não foram consideradas enquanto intervenções psicoterapêuticas embora sejam, naturalmente, intervenções clinicamente muito relevantes e com eficácia amplamente comprovada. De qualquer modo, e até que existam revisões / atualizações futuras, este GOBP deverá servir enquanto documento de referência para os enfermeiros especialistas em ESMP no que concerne à estrutura e conteúdos mínimos da intervenção psicoterapêutica que estes venham a realizar. Importa, igualmente, que estas mesmas intervenções sejam integradas na Ontologia de Enfermagem na medida em que tal é crucial para que, futuramente, os enfermeiros especialistas em ESMP possam vir a documentar as intervenções psicoterapêuticas por si realizadas.

Apesar dos aspetos positivos do trabalho realizado, que foram já enfatizados, importa também apresentar de forma clara as limitações do mesmo. Assim, desde logo, a literatura existente no domínio da intervenção psicoterapêutica de Enfermagem é francamente escassa, sendo que em poucos casos foram encontradas na literatura relações entre intervenções psicoterapêuticas e os diagnósticos de Enfermagem aos quais estas seriam passíveis de dar resposta. Assim, na pesquisa realizada tendo em vista a identificação das indicações terapêuticas para cada uma das intervenções, não raras vezes a literatura se referia a psicoterapias (ex.: terapia cognitiva) ao invés da interven-

ção psicoterapêutica que se procurava (ex.: reestruturação cognitiva). De igual modo, na grande maioria dos casos era realizada uma avaliação dessas mesmas psicoterapias para dar resposta a um qualquer problema de saúde mental (ex.: baixa autoestima), mas sem que esta fosse assumida na lógica de diagnóstico de Enfermagem. Esta trata-se de uma limitação substancial, na medida em que no contexto de uma psicoterapia podem ser utilizadas diversas técnicas (intervenções psicoterapêuticas), não sendo, portanto, linear que a eficácia de uma psicoterapia para dar resposta a um determinado problema de saúde mental seja igual à eficácia do uso isolado de uma dada técnica. Recomenda-se, de modo a minimizar esta limitação no futuro, que exista um investimento na investigação em Enfermagem, nomeadamente em estudos de cariz experimental acerca da eficácia de intervenções psicoterapêuticas na resposta a diagnósticos de Enfermagem.

Outra das principais dificuldades prendeu-se com a escassez de evidência que permitisse identificar, de forma clara, que intervenções de Enfermagem poderiam ser consideradas psicoterapêuticas. Ainda que se tratando de um livro oriundo do contexto norte-americano, por ser uma referência na área disciplinar de Enfermagem optou-se pelo recurso à NIC para a seleção das intervenções. Existiram alguns casos, contudo, em que foi consensualizada pelo grupo de trabalho a alteração da designação das intervenções, já que não raras vezes a NIC apresenta intervenções que, pela sua formulação, traduzem na verdade intenções (objetivos). Houve também casos em que, mesmo não constando na NIC, se optou pela inclusão de intervenções psicoterapêuticas incluídas noutras fontes do domínio disciplinar de Enfermagem.

Finalmente, no que concerne às contraindicações para cada intervenção psicoterapêutica de Enfermagem, a literatura tende a ser pouco consensual. Assim, enquanto que alguns autores tendem a apontar algumas contraindicações, sobretudo numa lógica de “condições francamente limitadores da eficácia / pertinência da intervenção”, outros assumem que não existem contraindicações absolutas para qualquer intervenção psicoterapêutica. Nos casos em que se verificaram discrepâncias na literatura consultada, a tomada de decisão foi realizada através de consensos entre o grupo de trabalho algo que, naturalmente, torna mais reduzido o nível de evidência da informação produzida.

Pese embora as limitações identificadas, considera-se que foram cumpridos os objetivos propostos aquando do início da elaboração deste GOBP. Assim, foi possível identificar um conjunto de intervenções psicoterapêuticas de Enfermagem passíveis de ser realizadas por parte dos enfermeiros especialistas em ESMP, definir os seus princípios estruturais, bem como os conteúdos mínimos que cada intervenção deve conter. Desse modo, crê-se que este GOBP constitui um contributo para colmatar uma lacuna existente há já vários anos no corpo de conhecimento de ESMP e que, se devidamente utilizado

nos contextos da prática clínica, este pode coadjuvar a que se prestem cuidados especializados de forma mais sistematizada, baseada na evidência científica e, consequentemente, mais significativos para as pessoas com problemas de saúde mental.

É agora essencial que o conhecimento produzido neste documento seja transferido para os contextos da prática clínica e que este seja efetivamente revisto / atualizado a cada quatro anos. Um GOBP pode ser uma ferramenta de trabalho valiosa, mas apenas caso se vá mantendo a par da mais recente evidência científica e da evolução profissional e disciplinar. Importa ainda que essa mesma evidência científica, no domínio da Enfermagem, seja robustecida por estudos clínicos controlados randomizados que permitam, com elevado nível de evidência, identificar a eficácia de cada intervenção psicoterapêutica na resposta a cada diagnóstico de Enfermagem enquadrável no domínio dos processos psicológicos.

5

**REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

- Aalbers, S., Fusar-Poli, L., Freeman, R., Spreen, M., Ket, J., Vink, A., ... Gold, C. (2017, Novembro 16). Music Therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <http://doi:10.1002/14651858.CD004517.pub3>
- Água, J., Patrão, I. & Leal, I. (2017). *Dependência ao smartphone: estudo da validação da escala de dependência do smartphone numa amostra da população portuguesa (sas-sv)*. In 8.º Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente: Desafios da sociedade global: do nascimento até ao 1.º emprego. 108. <http://actas.lis.ulusiada.pt/index.php/cipca/article/view/557/544>
- Alarcão, M. (2002). (des)Equilíbrios Familiares, Quarteto.
- Ali, B. S., Rahbar, M. H., Naeem, S., Gul, A., Mubeen, S., & Iqbal, A. (2003). The effectiveness of counselling on anxiety and depression by minimally trained counselors: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychotherapy*, 57 (3).
- Allsop, S., & Saunders, B. (1991) Reinforcing robust resolutions: Motivation in relapse prevention with severely dependent problem drinkers. In W. R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior* (pp. 236-247). The Guilford Press.
- Andersson, E., Ljótsson, B., Hedman, E., Kalso, V., Paxling, B., Andersson, G., Lindefors, N., & Rück, C. (2011). Internet-based cognitive behavior therapy for obsessive compulsive disorder: A pilot study. *BMC Psychiatry*, 11, 125. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-125>
- Arantes, E. C., Fukuda, I. M. K., & Stefanelli, M. C. (2008). O enfermeiro em emergência psiquiátrica: Intervenção em crise. In E. C. Arantes, I. M. K. Fukuda & M. C. Stefanelli MC (Organizadores). *Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais*. Manole.
- Araújo, M. & Moura, O. (2011). Estrutura factorial da General Self-Efficacy Scale (Escala de Auto-Eficácia Geral) numa amostra de professores portugueses. *Laboratório de Psicologia*, 9(1), 95-105. <https://doi:10.14417/lp.638>
- Aricak, O. T. (2002). *International School Psychology Association 25 th Annual ISPA Colloquium*. Nyborg - Denmark.
- Ausloos, G. (2003). *A competência das famílias* (2ª ed.). Climepsi Editores.
- Barroso, T. (2020). Entrevista motivacional. In C. Sequeira, & F. Sampaio (Coordenadores), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e Intervenções* (1.ª Edição, pp. 97-101). Lidel.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226.
- Bateman, A., Brown, D., & Pedder, J. (2010). *Introduction to psychotherapy: An outline of psychodynamic principles and practice* (4ª ed.). Routledge.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Meridian.
- Beck, J. S. (2021). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (3ª ed.). The Guilford Press.
- Beitman, B. D. (1990). *The structure of individual psychotherapy*. The Guilford Press.
- Bell, A. C., & D'Zurilla, T. J. (2009). Problem-solving therapy for depression: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 29(4), 348-353.
- Bell, C., & Robbins, S. (2007). Effect of art production on negative mood: A randomized controlled trial. *Journal of the American Art Therapy Association*, 24, 71-75. <https://dx.doi.org/10.1080/07421656.2007.10129589>
- Berg, R., Landreth, G., & Fall, K. (2018). *Group Counseling: Concepts and Procedures* (6 ed.). Routledge.
- Bernard, H. B., Flores, P., Greene, L., Joyce, A., Kobos, J., Leszcz, M., ... Feirman, D. (2008). Clinical Practice Guidelines for Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 455-542. <https://doi:10.1521/ijgp.2008.58.4.455>

- Blasio, P., Camisasca, E., Caravita, S., Ionio, C., & Milani, L. V. (2015). The Effects of Expressive Writing on Postpartum Depression and Posttraumatic Stress Symptoms. *Psychological Reports*, 117, 856-882. <https://doi:10.2466/02.13.PRO.117c29z3>
- Brabender, V., Fallon, A., & Smolar, A. (2004). *Essentials of Group Therapy*. John Wiley & Sons, Inc.
- Bräuninger, I. (2012). Dance Movement therapy group intervention in stress treatment: A randomized controlled trial (RCT). *The Arts in Psychotherapy*, 39, 443-450. <https://doi:10.1016/j.aip.2012.07.002>
- Broekema, S., Paans, W., Roodbol, P & Luttk, M. (2019). Nurses' application of the components of family nursing conversations in home health care: a qualitative content Analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 34(2), 322-331. <https://doi:10.1111/scs.12731>
- Budman, S. H., Demby, A., Redondo, J. P., Hannan, M., Feldstein, M., Ring, J., & Springer, T. (1988). Comparative outcome in time-limited individual and group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 38(1), 63–86. <https://doi.org/10.1080/00207284.1988.11491085>
- Burns, D. D., & Beck, A. T. (1978). Cognitive behavior modification of mood disorders. In J. P. Foreyt & D. P. Rathjen (Eds.), *Cognitive behavior therapy: Research and application* (pp. 109–134). Plenum Press.
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2018). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (7ª ed.). Elsevier, Inc.
- Cajanding, R. (2016). The effectiveness of a nurse-led cognitive-behavioral therapy on the quality of life, self-esteem and mood among Filipino patients living with heart failure: A randomized controlled trial. *Applied Nursing Research*, 31, 86–93. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.01.002>
- Callahan, C. J. (1998). Crisis intervention model for teachers. *Journal of instructional psychology*, 25(4), 226
- Cartwright, C. (2011). Transference, countertransference, and reflective practice in cognitive therapy. *Clinical Psychologist*, 15(3), 112-120
- Carvalho, J., Martinho, J. & Sampaio, F. (2020). Processo Familiar. In C. Sequeira, & F. Sampaio (Coordenadores), *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções* (1.ª Edição, pp. 159-161). Lidel.
- Center for Substance Abuse Treatment. (1999). Brief Family Therapy. In Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64953/>
- Chagani, S. (2015). Psychoeducation- a mental health promoting practice in schizophrenia. *Journal Pioneer Medicine Science*. 5(1). 3-6.
- Charalambous, A.; Giannakopoulou, M.; Bozas, E.; Marcou, Y.; Kitsios, P.; Paikousis, L. (2016). Guided Imagery and Progressive Muscle Relaxation as a Cluster of Symptoms Management Intervention in Patients Receiving Chemotherapy: A Randomized Control Trial. *PLOS ONE*, 11(6), 1-18
- Ching-Teng, Y., Ya-Ping, Y., & Yu-Chia, C. (2019). Positive effects of art therapy on depression and self-esteem of older adults in nursing homes. *Social Work in Health Care*, 324-338. <https://doi:10.1080/00981389.2018.1564108>
- Clark, D. A. (2014). Cognitive restructuring. In S. G. Hofmann, *The Wiley Handbook of Cognitive Behavioral Therapy* (1ª ed., pp. 23–44). John Wiley & Sons, Ltd.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford Press.

- Coelho, J., & Sequeira, C. (2020). Aconselhamento. In C. Sequeira, & F. Sampaio (Coordenadores), *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (1.ª Edição, pp. 180–182). Lidel.
- Coelho, J. & Sousa, L. (2020). Relaxamento. In C. Sequeira, & F. Sampaio (Coordenadores), *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções* (1.ª Edição, pp. 202-210). Lidel.
- Corey, G. (2016). *Theory & Practice of Group Counseling* (9.ª ed.). Cengage Learning.
- Corey, G. (2017). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. (10.ª ed.). Cengage Learning.
- Corsete, M. F. (2017). *A Terapia de Reminiscência em idosos institucionalizados. Um estudo da eficácia*. Disponível em: <https://sapiencia.ualg.pt/handle/10400.1/12202>
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2008). Are individual and group treatments equally effective in the treatment of depression in adults? A meta-analysis. *European Journal of Psychiatry*, 22(1), 38–51.
- Daneker, D., & Cashwell, C. (2005). *Grief counseling: A Review of the Literature*. North Carolina.
- Davis, J., Eyre, H., Jacka, F. N., Dodd, S., Dean, O., McEwen, S., Debnath, M., McGrath, J., Maes, M., Amminger, P., McGorry, P. D., Pantelis, C., & Berk, M. (2016). A review of vulnerability and risks for schizophrenia: Beyond the two hit hypothesis. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 65, 185–194. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.03.017>
- Deacon, B. J., Fawzy, T. I., Lickel, J. J., & Wolitzky-Taylor, K. B. (2011). Cognitive defusion versus cognitive restructuring in the treatment of negative self-referential thoughts: An investigation of process and outcome. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(3), 218–232. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.25.3.218>
- Denison, E., Underland, V., Mosdøl, A., & Vist, G. E. (2017). *Cognitive therapies for smoking cessation: A systematic review*. The Norwegian Institute of Public Health.
- Departamento de Sistemas de Informação. (2010). *Relatório final de síntese por especialidade*. Guimarães.
- Dias, R. B. (2009). Diretrizes de intervenção quanto à mudança de comportamento - A Entrevista Motivacional. *PEREIRA, AA Diretrizes clínicas para atuação em saúde mental na Atenção Básica à Saúde. Série Nescon de Informes Técnicos*, (3).
- Dias, P., Gonçalves, S., Cadime, I., & Chóliz, M. (2019). Adaptação do teste de dependência do telemóvel para adolescentes e jovens portugueses. *Psicologia, Saúde & Doença*, 20(3), 569–580.
- Dobson, K. S., & Dozois, D. J. A. (2010). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3ª ed., pp. 3–38). Guilford Press.
- Drake, K., Keeton, C. P., & Ginsburg, G. S. (2020, May 2). *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)*. John Hopkins Psychiatry Guide. https://www.hopkinsguides.com/hopkins/view/Johns_Hopkins_Psychiatry_Guide/787145/all/Cognitive_Behavioral_Therapy__CBT__
- Eaton, Y., & Ertl, B. (2000). The comprehensive crisis intervention model of Community Integration, Inc. Crisis services. In A. R. Roberts (ed.), *Crisis Intervention handbook: Assessment, treatment, and research*. Oxford University.
- Ertekin Pinar, S., & Tel, H. (2018). The Effect os Music on Auditory Hallucination and Quality of Life in Schizophrenic Patients: A Randomised Controlled Trial. *Issues in Mental Health Nursing*, 1-8. <https://doi:10.1080/01612840.2018.1463324>
- Esgaio, T & Barroso, T. (2018). Screening e intervenções breves na redução do consumo de álcool em utentes num serviço de urgência. *Referencias*, Série IV - n.º 17 - abr/mai/jun. .85-94.
- Eskin, M. (2012). Problem solving therapy in the clinical practice. Newnes.

- Eskin, M. (2013). Problem-Solving and Psychological Problems. In M. Eskin (Ed.), *Problem Solving Therapy in the Clinical Practice* (pp. 49-72). Oxford
- Eskin, M., Ertekin, K., & Demir, H. (2008). Efficacy of a problem-solving therapy for depression and suicide potential in adolescents and young adults. *Cognitive Therapy and Research*, 32(2), 227-245.
- European Association for Psychotherapy (2021). EAP Statement on the Legal Position of Psychotherapy in Europe, (January), 1-8. Retrieved from <https://www.europsyche.org/app/uploads/2021/04/Legal-Position-of-Psychotherapy-in-Europe-2021-Final.pdf>
- European Association for Psychotherapy (s.d.). About Psychotherapy. <https://www.europsyche.org/about-psychotherapy/what-is-psychotherapy/>
- Ferraz, M. (2009). *Terapias expressivas integradas*. Tutitirév Editorial. ISBN 9789899640108
- Figueiredo, H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência. ISBN 978-972-8930-83-7.
- Fingeret, M. C., Teo, I., & Epner, D. E. (2013). Managing body image difficulties of adult cancer patients: Lessons from available research. *Cancer*, 120(5), 633–641. <https://doi.org/10.1002/cncr.28469>
- Florentine, R., & Douglas Anglin, M. (1997). More is better: Counseling participation and the effectiveness of outpatient drug treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(4), 341–348. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(96\)00109-2](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(96)00109-2)
- Galera, S. & Luis, M. (2002). Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 36 (2). 141-147.
- Gautam, M., Tripathi, A., Deshmukh, D., & Gaur, M. (2020). Cognitive behavioral therapy for depression. *Indian Journal of Psychiatry*, 62(Suppl. 2), S223–S229. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_772_19
- Gelo, O., Pritz, A., & Rieken, B. (2015). *Psychotherapy research: Foundations, process, and outcomes*. Springer.
- Gil, I., Costa, P., Bobrowicz-Campos, E., & Apóstolo, J. (2019). *Programa de Terapia de Reminiscência. Manual de Dinamizador*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Gochani, M., Far, S. S., & Amini, M. (2015). The effectiveness of group counseling approach based on cognitive-behavioral on aggression of adolescent girls. *The Delphi University Journal of the Humanities and the Social Sciences*, 8 (5).
- Goldbeck, L. & Schmid, K. (2003). Effectiveness of autogenic relaxation training on children and adolescents with behavioral and emotional problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42 (9), 1046-1054.
- Grant, P., Young, P. R., DeRubeis, R. J. (2005). Cognitive and behavioral therapies. In G. O. Gabbard, J. S. Beck, & J. Holmes (Eds.), *Oxford textbook of psychotherapy* (pp. 15–26). Oxford University Press.
- Graybar, S. R., & Leonard, L. M. (2010). Terminating psychotherapy therapeutically. In W. T. O'Donohue & M. A Cucciare (Eds.), *Terminating psychotherapy: A clinician's guide* (pp. 53-98). Taylor & Francis Group.
- Guille, C., Zhao, Z., Krystal, J., Nichols, B., Brady, K., Sen, S. (2015). Web-based cognitive behavioral therapy intervention for the prevention of suicidal ideation in medical interns: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 72(12), 1192–1198. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.1880>

- Hanevik, H., Hestad, K., Lien, L., Teglbaerg, H., & Danbolt, L. (2013). Expressive art therapy for psychosis: A multiple case study. *The Arts in Psychotherapy* (40), 312–321. <https://doi:10.1016/j.aip.2013.05.011>
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família*. Lusociência.
- Hartman, D. & Courcey, L. (2015). Family Therapy in the Real World: Dialogical Practice in a Regional Australian Public Mental Health Service. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 36, 88–101. <https://doi:10.1002/anzf.1088>
- Hatcher, R. L. (2010). Alliance theory and measurement. In J. C. Muran, & J. P. Barber (Eds.), *Therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (pp. 7–28). The Guilford Press.
- Haverkamp, B., & Daniluk, J. (1993). Child Sexual Abuse: Ethical Issues for the Family Therapist. *Family Relations*, 42(2), 134–139. <https://doi:10.2307/585445>
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (2021). *NANDA International nursing diagnoses: Definitions & Classification, 2021-2023*. Thieme Medical Publishers, Inc.
- Herson, M. (2005). *Encyclopedia of behavior modification and cognitive behavior therapy, volume one*. Sage Publications, Inc.
- Hinz, L. (2009). *Expressive Therapies Continuum: A Framework for Using Art in Therapy*. Routledge.
- Hoffmann, L. (2003). *Terapia Familiar*. Edições Climepsi.
- Hollon, D. S., & Dimidjian, S. (2009). Cognitive and behavioral treatment of depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (2ª ed., pp. 586–603). Guilford Press.
- Horatio: European Psychiatric Nurses (2012). Psychiatric/Mental Health Nurses and Psychotherapy Horatio Position Document - Psychiatric/Mental Health Nursing and Psychotherapy: The position of Horatio: European Psychiatric Nurses. *Psychiatric/Mental Health Nurses and Psychotherapy*, (July), 1–12. http://www.horatio-web.eu/downloads/Psychotherapy_position_paper.pdf
- Horne-Thompson, A., & Grocke, D. (2008). The effect of music therapy on anxiety in patients who are terminally ill. *Journal of Palliative Medicine*, 11, 582–590. <https://doi:10.1089/jpm.2007.0193>
- International Council of Nurses. (2019). ICNP browser. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Jackson, P., & Oei, T. (1978). Social skills training and cognitive restructuring with alcoholics. *Drug and Alcohol Dependence*, 3(5), 369–374. [https://doi.org/10.1016/0376-8716\(78\)90007-8](https://doi.org/10.1016/0376-8716(78)90007-8)
- Jefferson, L. (2001). Respostas Quimicamente Mediadas e Transtornos Relacionados a Substâncias. In: Stuart, G. & Laraia, M. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática* (6ª ed). Porto Alegre: Artmed
- Joanna Briggs Institute. (2014). *JBIG levels of evidence*. https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
- Johnson, M., Moorhead, S., Bulechek, G., Butcher, H., Maas, M., & Swanson, E. (2013). *Ligações NANDA-NOC-NIC: Condições clínicas: Suporte ao raciocínio e assistência de qualidade* (3ª ed.). Elsevier.
- Jones, P. (2007). *Drama as Therapy*. Routledge.
- Jungerman, F. S., & Laranjeira, R. (1999). Entrevista motivacional: bases teóricas e práticas. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, 197–207.
- Justo-Henriques, S.; Pérez-Sáez, E. & Apóstolo, J. (2021). Multicentre randomised controlled trial about the effect of individual reminiscence therapy in older adults with neurocognitive disorders. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36, 704–712.
- Kelly, C. (1988). Expressive Therapy Assessment. *The Arts in Psychotherapy* (15), 63–70. [https://doi:10.1016/0197-4556\(88\)90053-6](https://doi:10.1016/0197-4556(88)90053-6)

- Kim, J.-U. (2008). The effect of a R/T group counseling program on the Internet addiction level and self-esteem of Internet addiction university students. *International Journal of Reality Therapy*, 27(2), 4–12. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2008-05320-002&site=ehost-live>
- Kimport, E., & Robbins, S. (2012). Efficacy of Creative Clay Work for Reducing Negative Mood: A Randomizes Controlled Trial. *Journal of the American Art Therapy Association*, 29, 74–79. <https://doi.org/10.1080/07421656.2012.680048>
- Kleiboer, A., Donker, T., Seekles, W., van Straten, A., Riper, H., & Cuijpers, P. (2015). A randomized controlled trial on the role of support in Internet-based problem solving therapy for depression and anxiety. *Behaviour research and therapy*, 72, 63–71.
- Knill, P., Levine, E., & Levine, S. (2005). *Principles and Practice of Expressive Arts Therapy: Toward a Therapeutic Aesthetics*. Jessica Kingsley Publishers.
- Köiv, K., & Kaudne, L. (2015). *Impact of Integrated Arts Therapy: An Intervention Program for Young Female Offenders in Correctional Institution*, 1-9. <https://doi.org/10.4236/psych.2015.61001>
- Konnert, C., Dobson, K., & Stelmach, L. (2009). The prevention of depression in nursing home residents: A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy. *Ageing & Mental Health*, 13(2), 288–299. <https://doi.org/10.1080/13607860802380672>
- Kovitz, B. (1998). To a beginning psychotherapist: How to conduct individual psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 52(1), 103–115. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1998.52.1.103>
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., Leblond, J., & Jacques, C. (2001). Cognitive treatment of pathological gambling. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(11), 774–780. <https://doi.org/10.1097/00005053-200111000-00007>
- Lambert, M. J. (2013). Introduction and historical overview. In M. J. Lambert (coordenador) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 3-20). John Wiley & Sons.
- Lee, R., Wong, J., Shoon, W., Gandhi, M., Lei, F., EH, K., . . . Mahendran, R. (2019). Art Therapy for the prevention of cognitive decline. *The Arts in Psychotherapy*, 64, 20-25. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2018.12.003>
- Liebmann, M. (2004). *Art Therapy for Groups: A handbook of themes and exercises* (2 ed.). Hove and New York: Brunner-Routledge.
- Lim, E., Lee, S.-Y., Bahk, W.-M., Yoon, B.-H., Jon, D.-I., Kim, M. D., . . . Song, M.-K. (2018). The Effects of Group Integrative Arts Therapy BAsed on Social Skill Training on the Social Adaptive Function, Empowerment and Subjective Well-Being in Patients with Chronic Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 44, 304. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby017.744>
- Lin, T. J., Ko, H. C., Wu, J. Y., Oei, T. P., Lane, H. Y., & Chen, C. H. (2019). The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Skills Training Group vs. Cognitive Therapy Group on Reducing Depression and Suicide Attempts for Borderline Personality Disorder in Taiwan. *Archives of suicide research : Official journal of the International Academy for Suicide Research*, 23(1), 82–99. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1436104>
- Lopes, H. (2009). *Epidemiologia de dependência de jogo a dinheiro em Portugal*. <http://jogoremoto.pt/docs/extra/lrjRW.pdf>
- Lopes, H. (2010). *Update of gambling dependence research in Portugal*. 9th EASG Conference Presentation, Viena. <http://www.easg.org/website/conference.cfm?id=13&cid=13§ion=INFORMATION>
- Lopes, J. (2020). Gestão de fenómenos relacionais inconscientes como intervenção especializada de inspiração psicanalítica. In C. Sequeira, & F. Sampaio (Coordenadores), *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (1.ª Edição, pp. 247-250 Lidel. ISBN 978-989752-413-4

- Lopes, T., Afonso, R., Ribeiro, Ó., Quelhas, H., & Almeida, D. (2016). Impacto de um programa de reminiscência com pessoas idosas: estudo de caso. *Psicologia, Saúde & Doenças* 17(2), 189-200. <http://dx.doi.org/10.15309/16psd170207>
- Lourenço, R. S. P. (2019). *A Terapia de Resolução de Problemas aplicada pelo Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica em adolescentes com depressão* (Tese de Doutoramento), Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde.
- Macedo, A., & Pocinho, F. (2007). *Obsessões e compulsões: As múltiplas faces de uma doença* (2ª ed.). Quarteto Editora.
- Magill, M., & Ray, L. A. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(4), 516–527. <https://doi.org/10.15288/jsad.2009.70.516>
- Mahendran, R., Gandhi, M., Moorakonda, R. B., Wong, J., Kanchi, M. M., Fam, J., Rawtaer, I., Kumar, A. P., Feng, L., & Kua, E. H. (2018). Art therapy is associated with sustained improvement in cognitive function in the elderly with mild neurocognitive disorder: findings from a pilot randomized controlled trial for art therapy and music reminiscence activity versus usual care. *Trials*, 19 (615). <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2988-6>
- Malchiodi, C. (2005). Expressive Therapies. In M. C. *Expressive Therapies: History, Theory and Practice*. (pp. 1-15). New York and London: The Guildford Press. <https://www.psychologytoday.com/files/attachments/231/malchiodi3.pdf>
- Mazoruk, S., Meyrick, J., Taousi, Z., & Huxley, A. (2020). The effectiveness of health behavior change interventions in managing physical health in people with a psychotic illness: A systematic review. *Perspectives in psychiatric care*, 56(1), 121–140. <https://doi.org/10.1111/ppc.12391>
- McBee-Strayer, S. M., Thomas, G. V., Bruns, E. M., Heck, K. M., Alexy, E. R., & Bridge, J. A. (2019). Innovations in Practice: Intensive crisis intervention for adolescent suicidal ideation and behavior—an open trial. *Child and adolescent mental health*, 24(4), 345–349.
- McGoldrick, M., & Carter, B. (2003). The family life cycle. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (pp. 375–398). The Guilford Press. https://doi.org/10.4324/9780203428436_chapter_14
- McGuinness, B., Finucane, N., & Roberts, A. (2015). A Hospice-Based Bereavement Support Group Using Creative Arts: An Exploratory Study. *Illness, Crisis and Loss*, 23, 323-342. <https://doi:10.1177/1054137315590734>
- McHugh, R. K. Hearon, B. A., & Otto, M. W. (2010). McHugh, R. K., Hearon, B. A., & Otto, M. W. (2010). Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 511–525. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.012>
- McKay, D., & Tryon, W. W. (2017). Behavior therapy: Theoretical bases. *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.05242-1>
- McKay, M., Davis, M., & Fanning, P. (1981). *Thoughts and feelings: The art of cognitive stress intervention*. New Harbinger Publication.
- McRoberts, C., Burlingame, G. M., & Hoag, M. J. (1998). Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 2(2), 101–117. <https://doi.org/10.1037/1089-2699.2.2.101>
- Megranahan, K., & Lynskey, M. (2018). Do creative arts therapies reduce substance misuse? A systematic review. *The Arts in Psychotherapy* (57), 50-58. <https://doi:10.1016/j.aip.2017.10.005>
- Melo, R., Santos, C., Silva, M., Alvarelhão, J., Leal, R., Amaro, S., Boas, J & Rua, M. (2020). Nursing Intervention Program and the Burden of Family Caregivers. *Journal on Statistics and health decision*. 2(2). <https://proa.ua.pt/index.php/jshd>

- Mewton, L., & Andrews, G. (2016). Cognitive behavioral therapy for suicidal behaviors: Improving patient outcomes. *Psychology Research and Behavior Management*, 9, 21–29. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S84589>
- Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, M. P., Cane, J., & Wood, C. E. (2013). The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 46(1), 81–95. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9486-6>
- Miller, W. & Rollnick, S. (2001). *Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artmed.
- Mohr, W. K. (2006). Neuroscience: Biology and behavior. In W. K. Mohr (Ed.), *Psychiatric-mental health nursing* (6ª ed., pp. 37–54). Lippincott Williams & Wilkins.
- Montag, C., Haase, L., Seidel, D., Bayerl, M., Gallinat, J., Herrmann, U., & Dannecker, K. (2014). A pilot RCT of psychodynamic group art therapy for patients in acute psychotic episodes: feasibility, impact on symptoms and mentalising capacity. *PLoS ONE*, 9. <https://doi:10.1371/journal.pone.0112348>
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M. & Maas, M. L. (2018). *Nursing Outcomes Classification (NOC)* (6ª ed.). Elsevier, Inc.
- Newman, J. P., Schmitt, W. A., & Voss, W. D. (1997). The impact of motivationally neutral cues on psychopatic individuals: Assessing the generality of the response modulation hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(4), 563–575. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.106.4.563>
- Nooner, A.; Dwyer, K.; DeShea, L. & Yeo, T. (2016). Using Relaxation and Guided Imagery to Address Pain, Fatigue, and Sleep Disturbances: A Pilot Study. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20 (5), 547-553
- Norcross, J. C. (2005). A primer in psychotherapy integration. In J. C. Norcross, & M. R. Goldfried (eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 3-23). Oxford University Press.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). Regulamento da individualização das especialidades clínicas de enfermagem. *Diário Da República 2.ª Série, N.º 35 (18/02/2011)*, 25118–25120.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento Interno do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010c). *Regulamento das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Saúde Mental*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento 129/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. *Diário da República, 2ª Série, n.º 35. 8669-8673*. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/3477018>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 515/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário Da República, 2ª Série, (Anexo I), 21427–21430*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8739/2142721430.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Competência Acrescida Avançada em Psicoterapia. Diário Da República, – 2 de Maio de 2019, 84 (2.ª série)*.
- Parás-Bravo, P.; Salvadores-Fuentes, P.; Alonso-Blanco, C.; Paz-Zulueta, M.; Santibañez-Margüello, M.; Palacios-Ceña, D.; Boixadera-Planas, E.; Fernández-de-las-Peñas, C. (2017). The impact of muscle relaxation techniques on the quality of life of cancer patients, as measured by the FACT-G questionnaire. *PLoS ONE*, 12 (10), 1-13

- Parhiala, P., Ranta, K., Gergov, V., Kontunen, J., Law, R., La Greca, A. M., ... Marttunen, M. (2020). Interpersonal Counseling in the Treatment of Adolescent Depression: A Randomized Controlled Effectiveness and Feasibility Study in School Health and Welfare Services. *School Mental Health*, 12(2), 265–283. <https://doi.org/10.1007/s12310-019-09346-w>
- Patel, Y. A., Yao, J., Proeschold-Bell, R. J., Niedzwiecki, D., Goacher, E., & Muir, A. J. (2020). Reduced Alcohol Use Is Sustained in Patients Provided Alcohol-Related Counseling During Direct-Acting Antiviral Therapy for Hepatitis C. *Digestive Diseases and Sciences*. <https://doi.org/10.1007/s10620-020-06616-5>
- Patterson, L. E., & Eisenberg, S. (1995). *O Processo de Aconselhamento*, São Paulo, Martins Fontes.
- Payne, R. A., Donaghy, M. & Bellamy, K. (2003). *Técnicas de Relaxamento. Um Guia Prático para Profissionais de Saúde*. (2ª Edição). Lusociência
- Pearce, P., Sewell, R., Cooper, M., Osman, S., Fugard, A. J. B., & Pybis, J. (2017). Effectiveness of school-based humanistic counselling for psychological distress in young people: Pilot randomized controlled trial with follow-up in an ethnically diverse sample. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(2), 138–155. <https://doi.org/10.1111/papt.12102>
- Pender, N. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3ª ed.). Appleton & Lange.
- Peplau, H. E. (1962). Interpersonal Techniques: the crux of psychiatric nursing. *The American Journal of Nursing*, 62(6), 50–54.
- Perera Ramani, E. A., & Kathriarachchi, S. T. (2011). Problem-solving counseling as a therapeutic tool on youth suicidal behavior in the suburban population in Sri Lanka. *Indian Journal of Psychiatry*, 53(1), 30–35. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.75558>
- Pinheiro, M.; Mendes, D.; Pais, J.; Carvalho, N.; Cabral, T. (2015). Sleep Quality – Impact of Relaxation Techniques and Autogenic Training in Patients Diagnosed with Insomnia. *European Psychiatry*, 30 (1), 1781-1781.
- Pinho, L. (2020). Intervenção familiar na doença mental grave. In C. Sequeira, & F. Sampaio (Coordenadores), *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (1.ª Edição, pp. 216-219) Lidel. ISBN 978-989752-413-4
- Pinquart, M. & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*. 16(5), 541–55
- Piper, W., & McCallum, M. (1994). Selections of patients for group interventions. In H. Bernard, & K. R. Mackenzie, *Basics of group psychotherapy* (pp. 1-34). The Guildford Press.
- Pontes, H., Patrão, I. & Griffiths, M. (2014). Psychometric proprieties of the Internet Addiction Scale: Portuguese version, *Journal of Behavior Addiction*, 3(2), 107-114. <https://doi:10.1556/JBA.3.2014.2.4>
- Prasko, J.; Diveky, T.; Grambal, A.; Kamaradova, D.; Mozny, P.; Sigmundova, Z.; Slepecky, M. & Vysokocilova, J. (2010). Transference and countertransference in cognitive behavioral therapy. *Biomedical Papers*, 154(3), 189-19
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2018). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Oxford University Press.
- Registered Nurses' Association of Ontario - RNAO (2015). *Engaging Clients Who Use Substances*. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/engaging-clients-who-use-substances>
- Reisch, T., Schlatter, P., & Tschacher, W. (1999). Efficacy of crisis intervention. *Crisis: the journal of crisis intervention and suicide prevention*, 20(2), 78.

- Relvas, A. (2004). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica* (3.ªed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Ribeiro, J., Cardoso, L., Pereira, C., Silva, B., Bubol, B., & Castro, C. (2016) Assistência de enfermagem ao paciente oncológico hospitalizado: diagnósticos e intervenções relacionadas às necessidades psicossociais e psicoespirituais. *Revista Fundamental Care Online*. 8(4):5136-5142. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361>.
- Ritter, V., Leichsenring, F., Strauss, B. M., & Stangier, U. (2013). Changes in implicit and explicit self-esteem following cognitive and psychodynamic therapy in social anxiety disorder. *Psychotherapy Research*, 23(5), 547-558. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.802824>
- Roberts, A. R. (2000). *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research*. Oxford: Oxford University Press.
- Rubel, B. (1999). Impact of a grief-crisis intervention immediately after a sudden violent death on the survivor's ability to cope. *Illness, Crisis & Loss*, 7(4), 376-389.
- Ryman, L. (1995). Relaxation and Visualization; in *The nurse's handbook of complementary therapies*. Churchill Livingstone. Edinburgh, 141-148.
- Safran, J. D. & Messer, S. B. (1997). Psychotherapy integration: A postmodern critique. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 140-152
- Sampaio, F. (2017a). Intervenções de enfermagem NIC de âmbito psicoterapêutico: Conversão em linguagem classificada CIPE® versão 2. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 18(18), 15–21. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0187>
- Sampaio, F. (2017b). *Development and evaluation of a psychotherapeutic intervention model in nursing* (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Portugal.
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch-Canut, T. (2014). *Intervenciones NIC del dominio conductual: Un estudio de focus group de intervenciones psicoterapêuticas de enfermería*. In Asociación Española de Nomenclatura. Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE) (Ed.), X Simposium AENTDE “Lenguaje enfermero: identidad, utilidad y calidad” (pp. 718-721). Sevilla: AENTDE.
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2015). Nursing psychotherapeutic interventions: A review of clinical studies. *Journal of Clinical Nursing*, 24(15–16), 2096–2105. <https://doi.org/10.1111/jocn.12808>
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2016). Intervenções psicoterapêuticas de enfermagem NIC na prática clínica em Portugal: Um estudo descritivo. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 16 (16), 11–18. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0152>
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2017). Content validity of a psychotherapeutic intervention model in nursing: A modified e-Delphi study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(2), 147-156. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.09.007>
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (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. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0205>
- Sandmire, D., Gorham, S., Rankin, N., & Grimm, D. (2012). The Influence of Art Making on Anxiety: A Pilot Study. *Journal of the American Art Therapy Association*, 29(2), 68-73. <https://doi:10.1080/07421656.2012.683748>
- Santos, L., Cruz, A., Mekitarian, F. & Angelo M. (2017). Family interview guide: strategy to develop skills in novice nurses. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 70 (6):1129-36. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-007>

- Santos-Silva, A., Bubols, M. N., Argimon, I. I. L., Stagnaro, O. & Alminhana, L. O. (2020). Benefits of relaxation techniques in the elderly: a systematic review. *Psico*, 51(1), 1-11.
- Scandrett-Hibdon, S. (1992). Cognitive reappraisal. In G. M. Bulechek & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Essential nursing treatments* (2ª ed., pp. 462–471). Saunders.
- Schaefer, K. E., Esposito-Smythers, C., Riskind, J. H. (2012). The role of impulsivity in the relationship between anxiety and suicidal ideation. *Journal of Affective Disorders*, 143(1-3), 95–101. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.034>
- Scheffer, R. (1983). *Teorias de Aconselhamento*. Dina Livro, Ed.
- Seabra, P. (2010). Entrevista Familiar. Um instrumento de avaliação e intervenção em enfermagem de saúde mental. *Nursing*, 10, 20-26.
- Seabra P., & Negrão R. (2011). Famílias com filhos adolescentes... e no fim a terapia de casal. *Mosaico*, 47, 23-29.
- Sequeira, C. (2015). Intervenção em Crise para Profissionais de Saúde. https://www.researchgate.net/publication/284375625_Intervencao_em_Crise_para_profissionais_de_saude
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (1ª ed). Lisboa: Lidel.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020a). Intervenção em crise. In C. Sequeira, & F. Sampaio (Coordenadores), *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (1.ª Edição, pp. 220-224). Lidel.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020b). Modificação de comportamento. In C. Sequeira, & F. Sampaio (Coordenadores), *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (1.ª Edição, pp. 193-195). Lidel.
- Sills, C. (2006). The therapy contract – a mutual commitment. In C. Sills, *Contracts in counselling and psychotherapy* (pp. 3–8). SAGE Publications Ltd.
- Sledge, W. H., Moras, K., Hartley, D., & Levine, M. (1990). Effect of time-limited psychotherapy on patient dropout rates. *American Journal of Psychiatry*, 147(10), 1341–1347. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.10.134>
- Soares, J., & Vargas, D. (2020). Group Brief Intervention: effectiveness in motivation to change alcohol intake. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1). e20180138. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0138>
- Stapleton, A. B., Lating, J., Kirkhart, M., & Everly, G. S. (2006). Effects of medical crisis intervention on anxiety, depression, and posttraumatic stress symptoms: a meta-analysis. *Psychiatric Quarterly*, 77(3), 231-238.
- Steinkamp, J. M., Goldblatt, N., Borodovsky, J. T., LaVertu, A., Kronish, I. M., Marsch, L. A., & Schuman-Olivier, Z. (2019). Technological Interventions for Medication Adherence in Adult Mental Health and Substance Use Disorders: A Systematic Review. *JMIR mental health*, 6(3), e12493. <https://doi.org/10.2196/12493>
- Stroebe, W., Stroebe, M., & Schut, H. (2003). Does 'grief work' work? *Bereavement Care*, 22(1), 3–5. <https://doi.org/10.1080/02682620308657561>
- Strongwater, P. (2018). Planning for Spontaneity: Music Therapy Sessions Preparation, Structure and Procedures. *Expressive Therapies Capstone Theses*, 49. Retrieved 3 22, 2021, from http://digitalcommons.lesley.edu/expressive_theses/49
- Stuart, S. (2012). Interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Clinical psychology & psychotherapy*, 19(2), 134-140.
- Talwar, N., Crawford, M., Maratos, A., Nur, U., & McDermott, O. P. (2006). Music therapy for in-patients with schizophrenia: exploratory randomised trial. *The British Journal fo Psychiatry*, 189, 405-409. <https://doi:10.1192/bjp.bp.105.015073>

- Tedeschi, G. J., Zhu, S. H., Anderson, C. M., Cummins, S., & Ribner, N. G. (2005). Putting it on the line: Telephone counseling for adolescent smokers. *Journal of Counseling and Development*, 83(4), 416–424. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2005.tb00363.x>
- Telles-Correia, D., Barbosa-Rocha, N., Gama-Marques, J., Moreira, A. L., Alves-Moreira, C., Saraiva, S., ... Haddock, G. (2017). Validation of the Portuguese version of the Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS). *Actas Españolas de Psiquiatria*, 45(2), 56–61.
- Tomás, C., Valentim, O., Laranjeira, C., & Querido, A. (2020). Entrevista Motivacional. *EVIDÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL: DA CONCEÇÃO À AÇÃO*.
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*. (6ª edição). Lusociência.
- Trindade, I., & Teixeira, J. A. C. (2000). Aconselhamento Psicológico em contextos de saúde e doença – Intervenção privilegiada em psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, nº1 vol XV.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2007). Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: A randomized controlled study. *Death Studies*, 30(5), 429–453. <https://doi.org/10.1080/07481180600614385>
- Wainrib, B. R., & Bloch, E. L. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma*. Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
- Weiss, K. (2015). The role of relationship therapy in working with family violence. *InPsych*. 37(5). Acessado em: <https://www.psychology.org.au/inpsych/2015/october/weiss>.
- Williams, F. (2010). *Repensar as famílias*. Princípios. ISBN. 978-989-8131-54-6.
- Woods B, O'Philbin L, Farrell EM, Spector AE & Orrell M. (2018). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. (3)
- Woolford, J., Patterson, T., Macleod, E., Hobbs, L., & Hayne, H. (2015). Drawing helps children to talk about their presenting problems during a mental health assessment. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20, 68-83. <https://doi:10.1177/1359104513496261>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. (5.ª Edição). Roca. ISBN 9788541200035
- Yalom, I., & Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (5 ed.). New York: Basic Books.
- Yildirim, H., & Aylaz, R. (2021). The effects of group counseling based on the solution-focused approach on anxiety and healthy lifestyle behaviors in individuals with eating disorders. *Perspectives in Psychiatric Care*, (March), 1–9. <https://doi.org/10.1111/ppc.12784>
- Zajac, K., Ginley, M. K., Chang, R., & Petry, N. M. (2017). Treatments for Internet gaming disorder and Internet addiction: A systematic review. *Psychology of addictive behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 31(8), 979–994. <https://doi.org/10.1037/adb0000315>

A large, stylized number '6' is centered on the page. The number is filled with a light orange color and has a thick white outline. The background is split diagonally from the top-left corner to the bottom-right corner, with the top-left half being orange and the bottom-right half being white.

ANEXOS

ANEXO 1

Níveis de Evidência de Efetividade Recomendados pelo Joanna Briggs Institute

NÍVEL 1 – Desenhos Experimentais

- Nível 1.a – Revisão sistemática de estudos clínicos controlados randomizados (RCTs)
- Nível 1.b – Revisão sistemática de RCTs e outros desenhos de estudo
- Nível 1.c – RCT
- Nível 1.d – Pseudo-RCTs

NÍVEL 2 – Desenhos Quasi-Experimentais

- Nível 2.a – Revisão sistemática de estudos quasi-experimentais
- Nível 2.b – Revisão sistemática de estudos quasi-experimentais e outros com desenho de estudo com menor nível de evidência
- Nível 2.c – Estudo quasi-experimental prospetivo controlado
- Nível 2.d – Estudo pré-teste / pós-teste ou com grupo de controlo retrospectivo

NÍVEL 3 – Desenhos Observacionais Analíticos

- Nível 3.a – Revisão sistemática de estudos de coorte comparáveis
- Nível 3.b – Revisão sistemática de estudo de coorte comparáveis e outros desenhos de estudo com menor nível de evidência
- Nível 3.c – Estudo de coorte com grupo de controlo
- Nível 3.d – Estudo de caso-controlo
- Nível 3.e – Estudo observacional sem grupo de controlo

NÍVEL 4 – Estudos Observacionais Descritivos

Nível 4.a – Revisão sistemática de estudos descritivos

Nível 4.b – Estudo transversal

Nível 4.c – Série de casos

Nível 4.d – Estudo de caso

NÍVEL 5 – Opinião de Peritos e Investigação Fundamental

Nível 5.a – Revisão sistemática de opiniões de peritos

Nível 5.b – Consenso de peritos

Nível 5.c – Investigação fundamental / opinião individual de perito

Fonte: Joanna Briggs Institute. (2014). *JBIG levels of evidence*. https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf



Guia Orientador
de Boas Práticas
**de Intervenção
Psicoterapêutica**
de Enfermagem