

Síntese dos programas de capacitação dos cuidadores:

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

**Synthesis of caregiver training programs: Development of specialized clinical
skills in the field of Mental Health and Psychiatric Nursing**

ISABEL ESCRIVÃES DA COSTA

Porto, 2023

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Síntese dos programas de capacitação dos cuidadores:

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

**Synthesis of caregiver training programs: Development of
specialized clinical skills in the field of Mental Health and
Psychiatric Nursing**

Documento elaborado por Isabel Escrivães da Costa, ep10379
sob Orientação do Professor Doutor Carlos Sequeira e
Coorientação da Professora Doutora Rosa Silva

Porto, outubro de 2023

***“Comece por fazer o que é necessário, depois o que é possível, e de repente
estará a fazer o impossível.”***

São Francisco de Assis

***“O segredo da existência humana reside não só em viver, mas também em
saber para que se vive.”***

Fiódor Dostoiévski

“Quem olha para fora sonha, quem olha para dentro desperta.”

Carl Jung

AGRADECIMENTOS

Acredito que o sentimento mais profundo de um ser humano é a gratidão.... Estar grato.... Ser grato... E neste momento mais do que agradecer eu sou grata....

Sou grata antes de mais a mim, pela coragem, por me ter permitido e me ter superado. Hoje sou certamente uma outra Isabel mais forte, determinada e confiante...

Às companheiras de viagem, as que melhor conhecem e percebem esta jornada; Ana Sofia, Daniela, Tânia, Raquel e Salomé... Gratidão por partilharem o caminho comigo, pela ajuda, colo e risadas.... Especialmente a ti Ana Sofia, companheira de tantas horas via zoom e tantos conselhos amigos...

Aos que me orientaram neste percurso.... Ao Professor Doutor Carlos, gratidão pelos ensinamentos e exigência, foi uma honra e privilégio! À Professora Doutora Rosa, gratidão pela disponibilidade, pela sabedoria, exigência, confiança e preocupação, mas acima de tudo gratidão pela sua Luz!

Sou grata pelas aprendizagens que fiz com as enfermeiras tutoras nos contextos de estágio, pela vossa compreensão e atenção, pelas oportunidades e confiança, gratidão!

Aos colegas de trabalho, aos meus chefes, em especial ao Enfermeiro Carlos Caldas, gratidão pelas trocas infinitas e pelas palavras de incentivo e apoio.... Sempre quitieme!!!

Gratidão à família e amigos, a vossa força foi determinante e agora está na hora de remarcar todos os convívios que ficaram pendentes!

E por último aos meus.... Sou tão grata e feliz por vos ter na minha vida.... O meu coração enche-se de amor e os meus olhos rebentam em lágrimas de felicidade! Foram talvez os que mais sofreram durante todo este percurso.... Sofreram pela sobrecarga, pela preocupação e sobretudo pela ausência, e ainda assim, são os que mais celebram comigo! Gratidão papa e mama por todos os valores, pelo exemplo e pela vida! Gratidão minha irmã, minha alma gémea, para ti não preciso de palavras, tu lê-me o coração! Gratidão querido cunhado por estares sempre pronto, foste um apoio inigualável! Gratidão queridas sobrinhas, por tão bem saberem partilhar... Gratidão amado marido por estares sempre comigo, pelo teu amor incondicional... Gratidão minha querida filha, a minha maior mestre! Que da minha ausência fique o exemplo que devemos sempre lutar pelos nossos objetivos e pelos nossos sonhos...

Gratidão à vida!

RESUMO

A construção deste relatório pretendeu relatar o itinerário percorrido ao longo do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP). Nele será espelhado o processo de construção e desenvolvimento de uma identidade enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP). Por este motivo foi imperativo desenvolver este relatório, iniciando-se pela conceptualização da prática da enfermagem à luz da Teoria da Enfermagem dos Cuidados Centrados na Pessoa.

Ao longo dos contextos de estágio percorridos: cuidados diferenciados, internamento de pessoas em fase de descompensação aguda da doença e comunitário; foi essencial fazer uma avaliação da pessoa, das suas reais necessidades e do contexto onde ela se insere, para desta forma, planear as intervenções de enfermagem. Com este propósito, recorreu-se à literatura para conhecer as intervenções que apresentam maior evidência científica, para posteriormente as adaptar à população e ao contexto. A avaliação dos resultados obtidos com as intervenções executadas, permitiu avaliar a prática desenvolvida e extrair algumas considerações. Todo este percurso permitiu a aquisição das competências específicas e comuns ao EESMP.

O EESMP enquanto facilitador na adaptação aos novos processos de vidas das pessoas e famílias, tem aqui papel preponderante na capacitação do Cuidador Familiar (CF). Neste âmbito, realizou-se um mapeamento, análise e síntese dos programas psicoeducacionais ou de capacitação do CF de uma pessoa com patologia do foro mental e /ou psiquiátrica, em que existe uma participação ativa do enfermeiro generalista e/ou EESMP na elaboração e/ou implementação do mesmo. Para tal foi elaborada uma metodologia de pesquisa, seguindo as principais diretrizes de uma *Scoping Review* e procedendo-se à pesquisa efetiva no RCAAP e na base de dados da *CINAHL* (via *EBSCOhost*). Foram obtidos, um total de oito programas psicoeducacionais ou de capacitação ao CF. Após uma análise aos mesmo, conclui-se que, maioritariamente estes programas são dirigidos do CF de uma pessoa com demência ou esquizofrenia e que grande parte deles, carece ainda de alguma robustez metodológica. Neste sentido, sugere-se o desenvolvimento de novos estudos, usando o conhecimento já existente nesta área, para que o conhecimento na ESMP continua a evoluir e desta forma enriquecer a prática do EESMP.

Palavras-chave: cuidadores familiares, programas psicoeducacionais, programas de capacitação, enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, enfermagem

ABSTRACT

The purpose of this report is to document the itinerary followed throughout the master's degree course in mental and psychiatric health nursing. It aims to illustrate the process of constructing and developing an identity as a nurse specializing in mental health and psychiatry. Consequently, it was essential to commence the development of this report by conceptualizing nursing practice based on the Nursing Theory of Person-Centered Care.

Within the various contexts covered during the internship: differentiated care, acute hospitalization, and community settings; it was crucial to assess the individual's actual needs and the context in which they live. This was done to plan the most appropriate nursing interventions. To achieve this, relevant literature was consulted to identify interventions supported by scientific evidence, which were then adapted to the specific population and context. Evaluating the outcomes of these interventions enabled an assessment of the progress in practice and provided valuable insights. This journey facilitated the acquisition of specific and common skills for nurses in mental health and psychiatric nursing.

The nurse specializing in mental health and psychiatry plays a crucial role as a facilitator in helping individuals and families adapt to new life processes. In this context, there is a significant responsibility in training family caregivers. A mapping of psychoeducational or training programs for family caregivers of individuals with mental and/or psychiatric pathology was conducted, involving active participation from generalist nurses and/or mental health and psychiatric nursing professionals in its preparation and/or implementation. To accomplish this, a research methodology was developed, following the primary guidelines of a Scoping Review and conducting effective research in the RCAAP and CINAHL (via EBSCOhost) databases. A total of eight psychoeducational programs or training sessions for family caregivers were identified. Upon analysis, it was concluded that most of these programs target family caregivers of individuals with dementia or schizophrenia, and many still lack methodological robustness. In light of this, it is suggested that further studies be undertaken in this area to advance knowledge in mental health and psychiatric nursing, enriching the practice of nurses specializing in mental health and psychiatry.

Keywords: family caregivers, psychoeducational programs, training programs, nurse specialists in psychiatric and mental health nursing, nursing

ABREVIATURAS

6CIT - *6-item Cognitive Impairment Test* (Teste de Declínio Cognitivo de 6 Itens)

AVD – Atividades de Vida Diária

CADI - Índice para Avaliação das Dificuldades do Cuidador

CAMI - Índice para Avaliação das Estratégias de Coping do Cuidador

CASI - Índice para Avaliação da Satisfação do Cuidador

CF – Cuidadores Familiares

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

DSM-5 - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5ª edição

EC – Estimulação Cognitiva

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa Coordenadora Local

EE – Enfermeiro Especialista

EESMP – Enfermeiro em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica

ESC - Escala de Sobrecarga do Cuidador

ESEP – Escola Superior de Saúde do Porto

ESMC - Equipas de Saúde Mental Comunitária

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem

NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCNF - *The Person-centred Nursing Framework*

PNC – Perturbações Neurocognitivas

QSM+ - Questionário Saúde Mental Positiva

RCAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SM – Saúde Mental

SM+ - Saúde Mental Positiva

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I – ENFERMAGEM CENTRADA NA PESSOA: DA TEORIA À PRÁTICA DO EESMP	16
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2. CONTEXTO DE ESTÁGIO	22
<i>2.1 Contexto de cuidados diferenciados</i>	<i>22</i>
2.1.1 Do envelhecimento à estimulação cognitiva	23
2.1.2 Justificação da intervenção.....	28
2.1.3 Planeamento da intervenção.....	29
2.1.4 Os dados recolhidos.....	30
2.1.5 A intervenção de Estimulação Cognitiva.....	32
2.1.6 Resultados/ Avaliação da intervenção.....	32
2.1.7 Conclusão/ Reflexão crítica.....	34
<i>2.2 Contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação aguda da doença</i>	<i>35</i>
2.2.1 Do pensamento à reestruturação cognitiva	36
2.2.2 Justificação da intervenção.....	42
2.2.3 Planeamento da intervenção.....	43
2.2.4 Os dados recolhidos.....	44
2.2.5 A intervenção de reestruturação cognitiva	45
2.2.6 Resultados/ Avaliação da intervenção.....	45
2.2.7 Conclusão/ Reflexão crítica.....	46
<i>2.3 Contexto comunitário.....</i>	<i>46</i>
2.3.1 Da saúde mental à intervenção para promoção da saúde mental	48
2.3.2 Justificação da intervenção.....	54
2.3.3 Os dados recolhidos.....	57
2.3.4 Planeamento da intervenção.....	59
2.3.5 A intervenção de promoção da SM+	60
2.3.6 Resultados/ Avaliação da intervenção.....	61
2.3.7 Conclusão/ Reflexão crítica.....	62
3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ENQUANTO EESMP	64
<i>3.1 Competências específicas do EESMP.....</i>	<i>64</i>
3.1.1 Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.....	65
3.1.2 Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.	67
3.1.3 Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.	69

3.1.4 Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.	70
3.2 Competências comuns ao EE.....	72
CAPÍTULO II – MAPEAMENTO, ANÁLISE E SÍNTESE	75
4. PROGRAMAS DE CAPACITAÇÃO DOS CUIDADORES FAMILIARES	75
4.1 Introdução.....	75
4.2 Metodologia.....	78
4.2.1 Questões de Investigação	79
4.2.2 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	79
4.2.3 Estratégia de pesquisa	80
4.2.4 Processo de seleção de estudos	80
4.3 Resultados.....	81
4.3.1 Extração e síntese de dados	83
4.4 Discussão.....	95
4.5 Conclusão e limitações.....	97
CONSIDERAÇÕES FINAIS AO RELATÓRIO	98
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
APÊNDICES.....	111
APÊNDICE 1 – PLANEAMENTO DAS SESSÕES DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA	ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.
APÊNDICE 2 - GRELHA OBSERVACIONAL PARA ESTIMULAÇÃO COGNITIVA	ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.
APÊNDICE 3 – GUIÃO ENTREVISTA CLÍNICA CUIDADOR FAMILIAR.....	ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.
APÊNDICE 4 – PLANEAMENTO DAS SESSÕES DE REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA	ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.
APÊNDICE 5 – CONSENTIMENTO INFORMADO	ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.
APÊNDICE 6 – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO CUIDADORES FORMAIS	ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.
APÊNDICE 7 – PÓSTER “DECÁLOGO DE SAÚDE MENTAL POSITIVA”	ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.
APÊNDICE 8 - PÓSTER “PARA ACALMAR TENS QUE RESPIRAR”	ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.
APÊNDICE 9 - FOLHETO “EU VEJO, EU IMAGINO, EU SINTO, EU QUERO”	ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.
APÊNDICE 10 – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FINAL DA INTERVENÇÃO PROMOÇÃO SAÚDE MENTAL POSITIVA	ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.
APÊNDICE 11 – PLANEAMENTO DAS SESSÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL POSITIVA ...	ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.
APÊNDICE 12 - RELAÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EESMP COM OS OBJETIVOS, ATIVIDADES, RESULTADOS E COMPETÊNCIAS DO EE	ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.
APÊNDICE 13 – MAPA DE CONCEITOS	ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.

APÊNDICE 14 – EQUAÇÕES DE PESQUISA	ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.
APÊNDICE 15 – TABELA DE EXTRAÇÃO DE DADOS.....	ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1 - Person-centred Nursing Framework (McCormack & McCance, 2019)	18
Figura 2 - Pontuação total do 6CIT	30
Figura 3 - Pergunta 1 6CIT do "Em que ano estamos"	31
Figura 4 - Pergunta 4 do 6CIT "Conte na ordem inversa de 20 para 1"	31
Figura 5- Modelo Multifactorial de SM+ (Teixeira et al., 2020)	49
Figura 6- Dados estado civil.....	57
Figura 7- Dados escolaridade	58
Figura 8- Respostas à questão 1 do questionário de avaliação final intervenção psicoeducacional	61
Figura 9 - Respostas à questão 2 do questionário de avaliação final intervenção psicoeducacional	62
Figura 10 - Problemas de SM da União Europeia (OECD/EU, 2018)	75
Figura 11 - Fluxograma de triagem, seleção e inclusão dos estudos (adaptado de (Page et al., 2021)	82
Figura 12 - Síntese dos objetivos e temáticas dos programas para o CF de pessoa com demência	93
Figura 13 - Síntese dos objetivos e temáticas dos programas para o CF de pessoa com esquizofrenia.....	95

ÍNDICE TABELAS

Tabela 1- Resultados grelha de observação da EC.....	33
Tabela 2- Definição dos fatores do modelo multifactorial de SM+ (Teixeira et al., 2020).	50
Tabela 3- Fatores do modelo de SM+, distribuição dos itens e pontuação QSM+ (Sequeira et al., 2014).	55
Tabela 4- Resultados da aplicação da Escala de Autoavaliação da Ansiedade de Zung e do QSM+	59
Tabela 5 - Características dos programas	85
Tabela 6 - Nível de validação dos programas.....	89

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular (UC) de estágio de natureza profissional com relatório - módulo II, inserida no plano de estudos do curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), ano letivo de 2022/2023 - da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), e sob a orientação do Professor Doutor Carlos Sequeira e coorientação da Professora Doutora Rosa Silva, surge a elaboração deste de relatório de estágio. O estágio desta UC, decorreu no espaço temporal de 07 de fevereiro a 16 de junho de 2023.

Em cada estágio foram desenvolvidas diferentes intervenções de enfermagem, no entanto, para este relatório foram exploradas mais aprofundadamente as que mais se destacaram na área da Saúde Mental (SM). O princípio seguido foi servir as pessoas que efetivamente precisavam de uma intervenção de enfermagem, mas também servir os contextos de estágio com a superação das suas necessidades. Assim para cada contexto de estágio, foi realizado um pequeno enquadramento teórico sobre a temática predominante.

No contexto de cuidados diferenciados, que decorreu num serviço de internamento de pessoas idosas com patologia psiquiátrica, foi realizado um enquadramento teórico ao envelhecimento, passando pelas principais doenças associadas, nomeadamente as perturbações neurocognitivas e finalizando com intervenção de estimulação cognitiva e sensorial.

Para o contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação aguda da doença, houve a necessidade de intervir junto de uma pessoa com perturbação depressiva e com ideação suicida. Assim, o enquadramento conceptual realizado para este contexto aborda estas problemáticas e a intervenção psicoterapêutica implementada, a reestruturação cognitiva.

Por fim, o contexto comunitário decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), onde já se havia diagnosticado a necessidade de trabalhar as questões da ansiedade e da promoção da SM de um grupo de cuidadores formais, tendo no enquadramento conceptual deste contexto, sido abordadas estas temáticas.

A escolha das temáticas subjacentes a cada contexto de estágio foi projetada no projeto de estágio, módulo I, e ocasionada pelas necessidades reais dos contextos, como já referido. Efetivamente, a literatura confirma um crescimento do número de casos de perturbações do foro mental. Segundo dados da Direção Geral de Saúde (DGS, 2017) em Portugal, desde 2011 o registo de pessoas nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) com perturbações mentais tem vindo

a aumentar, sobretudo no que diz respeito às perturbações neurocognitivas, vulgo demência, perturbações depressivas e de ansiedade.

Este facto, sustenta as escolhas e avaliações realizadas, mas também a necessidade dos cuidados prestados ao longo do estágio. Cuidados estes que se centraram sempre nas pessoas e, por este motivo, a escolha da teoria de enfermagem que fundamenta a prática realizada, não poderia estar mais em consonância com este facto. Neste sentido, este trabalho foi concebido à luz da Teoria de Enfermagem dos Cuidados Centrados na Pessoa, que emerge do Modelo de Cuidados Centrados na pessoa e do trabalho de McCormack e McCance, com a construção de um referencial teórico que a sustenta - *Person-centred Nursing Framework* (McCance & McCormack, 2016).

Considerou-se ainda fundamental, escolher uma temática central para desenvolver um estudo mais aprofundado, no sentido de expandir o conhecimento para a prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde mental e Psiquiátrica (EESMP), que recaiu sobre a temática dos Cuidadores Familiares (CF). A escolha desta temática acontece, pois, a autora, enquanto enfermeira de cuidados gerais de um serviço de medicina, convive diariamente com as dificuldades e ansiedades que os CF sentem, para receber os seus familiares em casa. Estas dificuldades prendem-se muitas vezes com falta de conhecimentos sobre as doenças e regimes terapêuticos, mas também por escassez de meios físicos e económicos. Da experiência da autora, frequentemente estes cuidadores são mulheres de meia-idade e muitas das vezes já em sobrecarga ou com sintomatologia depressiva.

O resultado destes problemas é já bem conhecido do grande público, protelação das altas, serviços cheios, aumento dos tempos de espera para encaminhamento para a Rede Nacional De Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), aumento dos custos em saúde, etc. Desta forma considera-se que simples medidas de capacitação do CF e promoção da SM poderiam causar algum impacto positivo nesta espiral negativa.

Daquilo que foi percecionado e observado ao longo do estágio, na área da SM a realidade é semelhante. Neste sentido, e no âmbito da ESMP, nasce a necessidade de fazer um mapeamento dos programas de capacitação ou psicoeducacionais existentes para o CF da pessoa com patologia do foro mental/psiquiátrica, tendo sido realizado um estudo de mapeamento sobre esta temática.

O objetivo geral deste trabalho é retratar o itinerário percorrido ao longo da UC, neste sentido, foi produzido este relatório que tem os seguintes objetivos específicos:

- Enquadrar as atividades desenvolvidas num referencial teórico de enfermagem;
- Descrever as intervenções e atividades desenvolvidas nos diferentes contextos;
- Refletir sobre o desenvolvimento das competências específicas do EESMP e as competências comuns ao Enfermeiro Especialista (EE);
- Mapear, analisar e sistematizar os programas de capacitação do cuidador concebidos e/ou elaborados pelo EESMP aos CF da pessoa com patologia do foro mental/psiquiátrica.

O relatório de estágio está redigido segundo as normas da escola e encontra-se dividido em dois capítulos. No primeiro capítulo é explicitada a fundamentação teórica que sustenta o relatório, seguidamente são caracterizados os contextos de estágio e é realizado um enquadramento teórico com a explanação de alguns conceitos, bem como a justificação das atividades desenvolvidas nos diferentes contextos. Por fim, é apresentada uma reflexão sobre o desenvolvimento de competências do EESMP.

O segundo capítulo é dedicado à questão de investigação, sendo realizado um enquadramento teórico à temática, apresentado o processo metodológico e os resultados obtidos. Finalizando-se com a discussão dos resultados e respetivas as conclusões e limitações do estudo. Por último, foram realizadas as considerações finais a este relatório seguindo-se as referências bibliográficas e apêndices.

CAPÍTULO I – ENFERMAGEM CENTRADA NA PESSOA: DA TEORIA À PRÁTICA DO EESMP

Os modelos teóricos em enfermagem servem de lente para olhar e compreender a realidade dos cuidados de enfermagem e foi com Florence Nightingale que se inicia o desenvolvimento do corpo de conhecimentos próprios da Enfermagem, que continua até aos dias de hoje. Foram várias as escolas que se desenvolveram desde então e é através da influência de todas estas escolas, teorias e paradigmas do pensamento em enfermagem, que continuamente se dá o corpo a toda a ciência produzida (Santos, 2023).

Neste sentido, antes de se proceder à apresentação dos contextos clínicos, considera-se importante fundamentar o modelo teórico que serviu de base à prática clínica e, consequentemente, à construção deste relatório.

1. Fundamentação teórica

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007), metade da população não tem acesso aos cuidados de saúde essenciais, sendo que os cuidados que estão acessíveis não atingem frequentemente os padrões de cuidados desejáveis. Assim, reafirmam a necessidade de romper com velhos paradigmas e com o modelo biomédico e de adotar novos modelos mais integrativos e centrados na pessoa. Para a OMS (2007) o **Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa** é a resposta para este caminho que deve ser, mais inclusivo e acessível, equitativo, com maior qualidade, onde os cuidados são coproduzidos pelo cuidador e pela pessoa cuidada, segundo as suas necessidades ao longo da vida, respeitando as suas preferências, mas também que sejam coordenados ao longo do continuum de cuidados, abrangentes, seguros, eficazes, oportunos, eficientes e aceitáveis e onde todos os cuidadores sejam incluídos, qualificados e que trabalhem num ambiente de parceria (World Health Organization, sd, 2007)

Assim, esta diretiva da OMS (s.d., 2007) expõe a importância de reafirmar o “cuidar” enquanto fundamento da prática, o que se traduz na necessidade de cuidados mais holísticos e dignificantes, onde a pessoa e a sua experiência é colocada no centro dos cuidados.

Nesta ótica, o presente trabalho tem como referencial teórico a **Teoria de Enfermagem dos Cuidados Centrados na Pessoa** - “*The Person-Centred Nursing Framework*” (PCNF). A PCNF posiciona-se como uma teoria de médio alcance, tendo sido desenvolvida por Brendan McCormack e Tanya McCance com base em duas ferramentas conceptuais; *Conceptual*

Framework for Person-Centred Practice, de McCormack (2003) e *Caring in Nursing Practice Conceptual Framework*, de McCance (2001) (McCance et al., 2021; McCormack, 2019).

Esta teoria deriva do paradigma dos cuidados centrados na pessoa, refletindo o ideal do cuidado humanístico, onde a pessoa é colocada no centro dos cuidados. Traduz uma abordagem da prática estabelecida através da formação e promoção de relações terapêuticas seguras e eficazes, entre todos os prestadores de cuidados e a pessoa, assim como as outras pessoas importantes na sua vida. Sustenta-se nos princípios da centralidade e da liberdade humana, da autodeterminação e da responsabilidade, do respeito, do holismo, da existência de diferentes formas de conhecimento e da importância do tempo, espaço e relacionamento, considerando cada pessoa como única (McCance et al., 2011; McCormack, 2019; Santos, 2023; Silva, 2019).

McCormack e McCance (2011), para superar a lacuna entre o conceito e a realidade dos cuidados centrados na pessoa, sentiram a necessidade de desenvolver a PCNF, uma ferramenta conceptual que permite aos enfermeiros desenvolver a prática os cuidados centrados na pessoa. O objetivo foi que através da mesma, se pudessem operacionalizar os cuidados centrados na pessoa, podendo esta ser utilizada também para avaliar os desenvolvimentos da prática e assim demonstrar os resultados dos cuidados (McCance et al., 2011).

Como ilustrado na Figura 1, a PCNF foca-se em quatro grandes construtos que são; Pré-requisitos, Ambiente de cuidados, Processo centrado na pessoa e os Resultados esperados (McCance et al., 2021; McCormack, 2019):

- **Pré-requisitos**, dizem respeito aos atributos do enfermeiro - competência profissional; desenvolver habilidades interpessoais; comprometimento com o trabalho; clareza de crenças e valores; autoconhecimento.
- **Ambiente de cuidados**, é o contexto onde os cuidados são prestados - combinação apropriada de habilidades; sistemas de tomada de decisão partilhada; relações profissionais eficazes; sistemas organizacionais de apoio; partilha de poder; potencial para inovação e avaliação de riscos; ambiente físico.
- **Processo centrado na pessoa**, foca-se na prestação de cuidados por meio de atividades que operacionalizam a enfermagem centrada na pessoa - trabalhar com as crenças e valores da pessoa; envolvimento autêntico; partilha de tomada de decisão; presença empática; prestação de cuidados de enfermagem holísticos.

- **Resultados esperados**, correspondem aos resultados esperados do cuidado centrado na pessoa resumindo-se a uma boa experiência de cuidado, para a pessoa e para o enfermeiro.

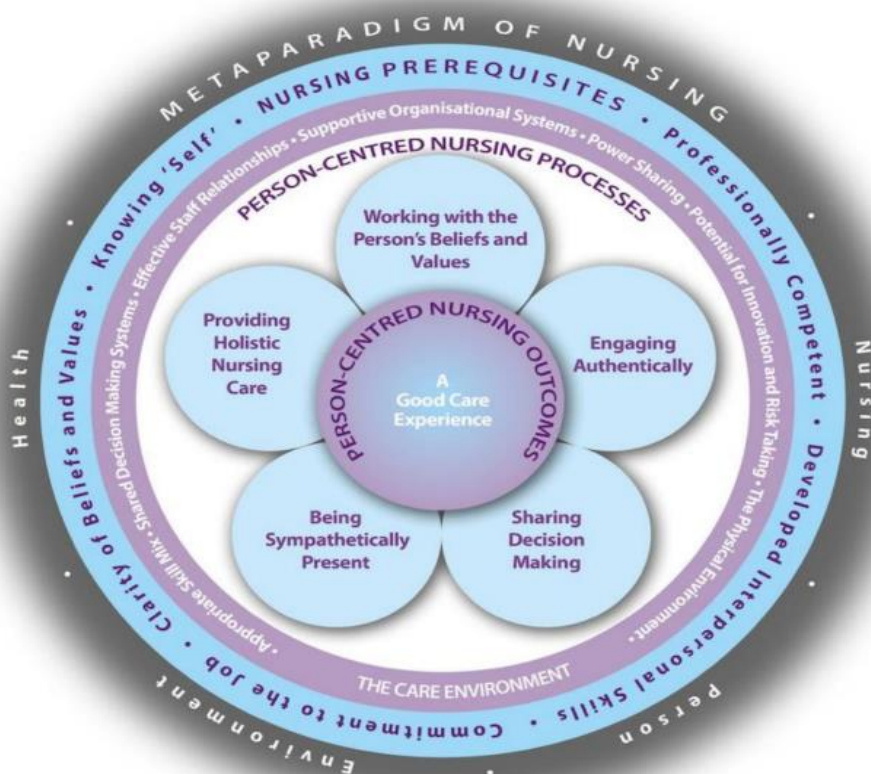


Figura 1 - Person-Centred Nursing Framework (McCormack & McCance, 2019)

Podemos constatar a relação entre os constructos através da análise da Figura 1, ou seja, para atingir os resultados esperados, primeiro os atributos do profissional devem ser considerados como um pré-requisito à gestão do ambiente de cuidados, a fim de prestar cuidados eficazes por meio dos processos centrados na pessoa, com o fim último de atingir os resultados esperados, a componente central da estrutura. De referir, que existe também uma relação entre os elementos individuais de cada constructo (McCance et al., 2011, 2021; McCormack, 2019).

A referida figura, já retrata a revisão feita em 2019, onde os autores incluíram o metaparadigma da enfermagem ao seu referencial. Para eles, o PCNF é uma espécie de crítica às anteriores teorias de enfermagem pois determinam uma perspetiva epistemológica específica de pessoa, saúde, ambiente e enfermagem. A essência desta teoria reside nas relações estabelecidas entre os construtos, ou seja, os pré-requisitos do enfermeiro, as características do meio ambiente e

os processos de enfermagem centrados na pessoa, isto é, na sua individualidade, nos seus valores, nas suas crenças, ideias, objetivos, etc. Será toda esta dinâmica particular que levará ao resultado desejado, uma boa experiência no cuidado. Assim, a forma como o enfermeiro, equipa e organização de enfermagem, constrói a relação entre os constructos é determinada pela forma como explicitam os valores que sustentam a construção do meta-paradigma de enfermagem (McCormack, 2019).

Na perspectiva de McCormack e McCance (2011) existem quatro conceitos fundamentais que emergem dos cuidados de enfermagem centrados na pessoa: estar em relação, estar num mundo social, estar no lugar, e estar com o eu. **Estar em relação** enfatiza a importância dos relacionamentos e dos processos interpessoais que possibilitam o desenvolvimento de relacionamentos que trazem benefícios terapêuticos. Um cuidado centrado na pessoa requer que o relacionamento entre a pessoa e o enfermeiro seja efetivo, ativo e atento. **Estar num mundo social**, considera que as pessoas estão interligadas com o seu contexto social, criando e recriando significados através da sua socialização com o mundo. Neste sentido, para prestar cuidados de enfermagem centrados na pessoa, é essencial que o enfermeiro conheça e entenda na totalidade, o contexto e as vivências da mesma, mostrando respeito pelo valor intrínseco da pessoa e, desta forma, contribuir para a melhoria da intervenção de enfermagem. Intimamente ligado a estar num mundo social é **estar com o eu**, aqui, enfatiza-se a importância do conhecimento que as pessoas têm de si próprias, dos valores que defendem e dos significados que dão ao que lhes acontece na vida. Para o enfermeiro, é fundamental conhecer e respeitar estes valores e o sentido que a pessoa atribui à vida e às suas experiências para então poderem auxiliar as pessoas a tomarem melhores decisões face aos seus objetivos de vida. Por fim, **estar no lugar** salienta a necessidade de estar atento ao “lugar”, e de reconhecer o impacto do contexto na experiência dos cuidados. Estes podem potencializar ou limitar a prática de cuidados centrada na pessoa (McCance et al., 2011; Silva, 2019).

São definidos por McCormack (2019) cinco atributos essenciais das pessoas e das relações centradas na pessoa: 1) Respeito pela individualidade do eu e dos outros; 2) Respeito e compreensão mútuos; 3) Envolvimento e colaboração; 4) Autodeterminação individual e coletivo; 5) Equidade e igualdade (McCormack, 2019).

Na literatura considera-se que a essência da enfermagem reside no cuidar. Para McCormack (2019) os cuidados de enfermagem centrados na pessoa, refletem os ideais do cuidado holístico e significativo, prestando atenção à interação entre valores, crenças e atitudes dos

intervenientes e dos contextos onde estão inseridos. Nesta linha de pensamento, cuidar requer que a pessoa se conheça a si própria e que, no desenvolvimento do seu autoconhecimento eleve a sua prática para aquilo que os autores chamam de “equilíbrio entre a arte e a ciência da Enfermagem” (Mccormack, 2019). Consequentemente, o enfermeiro que presta cuidados centrados na pessoa, permite a negociação dos cuidados, oferecendo escolha e encorajando à autonomia e à autoconfiança. É através de uma relação terapêutica eficaz que o enfermeiro empodera e capacita a pessoa, envolvendo-a na tomada de decisões sobre a sua própria saúde (Mccormack, 2019; Morgan & Yoder, 2012; Silva, 2019).

O trabalho desenvolvido pelos referidos autores, revelou que para que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, possam assegurar práticas de cuidados centradas na pessoa, é essencial que eles próprios vivenciem no seu local de trabalho a cultura centrada na pessoa. Desta forma, McCormack e McCance (2019) afirmam que as organizações precisam de adotar abordagens sistémicas para o seu desenvolvimento e que providenciem este tipo ambientes pois assim, potenciam verdadeiramente os cuidados centrados na pessoa, proporcionando a todos uma boa experiência de cuidados (Mccormack, 2019).

Os cuidados centrados na pessoa são também uma abordagem necessária no contexto da ESMP. Apesar de cada vez mais se falar da SM, visto que é uma das maiores causas de doença ou incapacidade no mundo, a realidade é que as pessoas com doença mental são frequentemente confrontadas com o estigma e preconceito, estando sujeitas à exclusão social. Estes problemas evidenciam ainda uma reduzida literacia em SM das sociedades modernas, não só pelo estigma, mas também pela não procura de ajuda profissional. Para além das questões próprias da doença e da maior vulnerabilidade que estão sujeitas as pessoas com doença mental, o estigma pode tornar-se não só uma importante fonte de sofrimento, como pode ser dificultador para a concretização dos seus projetos individuais (Nunes, 2014). É aqui que o EESMP tem um papel de relevo, tanto no que respeita ao alívio do sofrimento da pessoa e família, quer pelo estigma quer pela doença, mas também no que toca ao aumento da literacia em SM.

Esta abordagem holística é essencial ao cuidar do EESMP, pois ela está “suportada na relação de ajuda, tem em conta as necessidades e as capacidades dos indivíduos, famílias e comunidades” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 17034). Nas intervenções do EESMP existe um grande enfoque na comunicação terapêutica, pois é nela que a pessoa vai dar a conhecer as suas narrativas e experiências de doença, o significado que a pessoa atribui à doença e à sintomatologia. Através da compreensão deste “sentir com o eu”, que o enfermeiro pode

identificar e mobilizar recursos que lhe permitam lidar melhor com o seu estado e fortalecer o envolvimento da pessoa nas decisões de cuidados. É neste ambiente de cuidados, onde existe um respeito profundo pela partilha de sentimentos e emoções, e onde a pessoa com doença mental é considerada como um especialista das suas vivências e experiências que há maior envolvimento no processo de tomada de decisão (Santos, 2023; Sequeira, 2016).

Neste sentido, o EESMP pode utilizar na sua prática diferentes intervenções psicoterapêuticas que facilitam as respostas adaptativas da pessoa e da família. Estas intervenções implicam “estratégias de empoderamento que permitem ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de adaptação”(Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 17037). Assim, o papel do EESMP tem como princípio as questões de recuperação, mas também de empoderamento da pessoa que incentiva à autonomia e autoconfiança. Coincidentemente, este atributo da autodeterminação essencial do cuidar na ESMP, também o é para os cuidados centrados na pessoa como já foi apresentado (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Ordem dos Enfermeiros (OE), 2021; Silva, 2019).

2. Contexto de estágio

Para avaliação desta UC foram percorridos três contextos de estágios diferentes onde a ação do EESMP é de extrema relevância para a pessoa, família e comunidade com necessidades de cuidados em SM. Deste modo, o primeiro contexto de estágio, decorreu num serviço de cuidados diferenciados, entre o dia 07 de fevereiro e o dia 16 de março de 2023, num total de 90h. Por sua vez, o estágio em contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação aguda da doença decorreu entre o dia 20 de março e o dia 03 de maio de 2023, num total de 125h. O terceiro e último contexto de estágio, realizou-se numa UCC de 08 de maio ao dia 13 de junho de 2023, num total de 125h.

2.1 Contexto de cuidados diferenciados

O serviço de cuidados diferenciados presta cuidados de saúde a pessoas com problemas de SM de mais de 65 anos de idade ou a pessoas com menos de 65 anos de idade que tenham diagnóstico de Perturbação Neurocognitiva (PNC) e que sejam residentes na área assistencial do hospital.

Os diagnósticos médicos com mais prevalência no internamento foram as perturbações neurocognitivas (ou seja, demência) por doença de Alzheimer, doença de Parkinson, mas também outras patologias, tais como perturbação depressiva com ideação suicida, doença bipolar e esquizofrenia.

Para além de cuidar da pessoa doente, é objetivo do serviço, permitir o alívio do CF, quando diagnosticada sobrecarga do mesmo. Desta forma, estes internamentos têm como propósito permitir uma avaliação mais completa da situação de saúde da pessoa e definir a estratégia mais adequada para a mesma e para o cuidador. No entanto, tal nem sempre é possível pelas múltiplas dificuldades sociais, económicas ou estruturais que os familiares enfrentam quando pretendem transferir a pessoa para casa. Já os internamentos que se pretendem de curta a média duração, prolongam-se no tempo por falta de respostas sociais.

Quanto às intervenções do EESMP neste contexto, para além da necessidade de implementar vários géneros de intervenções psicoterapêuticas, existe uma grande necessidade de executar intervenções simples de reconstrução ou manutenção da autonomia para os autocuidados, pois são pessoas em pleno declínio cognitivo pelo factor idade e, concomitantemente, com compromisso da cognição pelas doenças associadas.

Neste contexto de estágio, foram assegurados juntamente com a equipa de enfermagem todos os cuidados prestados às pessoas, nomeadamente, no que diz respeito a preparar, administrar ou supervisionar a toma da medicação, a assistir nos autocuidados, no tratamento de feridas e/ou úlceras, na monitorização dos sinais vitais, na realização dos registos de enfermagem e, por este motivo, era imprescindível a participação nas passagens de turno e nas discussões organizadas para melhoria dos cuidados.

Foram ainda desenvolvidas outras atividades e intervenções, tais como: entrevistas clínicas com as pessoas idosas para aplicação de instrumentos de avaliação cognitiva; mas também a implementação diária de intervenções de orientação para a realidade (atualização do quadro de orientação espaço-temporal existente no serviço); implementada a técnica de escuta ativa e disponibilizado apoio emocional a pessoas com maior necessidade de partilhar emoções e sentimentos; houve a possibilidade de participar em visitas domiciliárias desenvolvidas pela instituição. Foi também realizada uma entrevista familiar, com o objetivo de preparação dos cuidadores para a alta do seu familiar, abordando temáticas como demência, medicação, comunicação, comportamento, Atividades de Vida Diária (AVD), autocuidados, estimulação cognitiva, segurança e prevenção de quedas, e SM da família cuidadora.

Para além disto, foi pertinente, tendo em conta o tipo de população encontrada, desenvolver uma intervenção de estimulação cognitiva com estimulação multissensorial, sendo que esta, foi planeada e executada sob orientação da enfermeira tutora, a exercer funções de EESMP no serviço. Assim, serão de seguida aprofundados os construtos mais pertinentes para o desenvolvimento desta intervenção, no referido contexto.

2.1.1 Do envelhecimento à estimulação cognitiva

Os resultados dos Censos 2021, revelam que em Portugal existe cerca de 2.423.629 milhões de pessoas com 65 ou mais anos de idade, num total de 10.343.066 milhões de pessoas (Instituto Nacional de Estatística, 2023). Este grupo em questão, apresenta uma enorme heterogeneidade que vai para além dos diferentes contextos sociais, culturais, territoriais, da individualidade de cada ser, dos seus estilos de vida, dos seus percursos pessoais e profissionais e da rede de suporte que apresentam (Moreira, 2020).

De acordo com Moreira (2020) fatores como a modernização social e económica, a melhoria das condições de vida e de acesso a melhores cuidados de saúde, aliados a fatores sociais e culturais, que alteraram os níveis de fecundidade e natalidade e o aumentando concomitante da longevidade, contribuíram para o envelhecimento da população.

O envelhecimento pode ser definido como um processo natural, lento, progressivo, contínuo e irreversível. Ele é multidimensional, multidirecional e dinâmico, afetando todos os órgãos e tecidos do organismo, levando a um inevitável declínio da funcionalidade; aumento da dependência física, fragilidade e vulnerabilidade (Carvalho et al., 2022). Apesar disso, é importante mencionar, que o envelhecimento é um processo intrínseco ao ser humano e que não diz respeito apenas à pessoa idosa, ele ocorre ao longo do ciclo vital, fazendo-se denotar com mais exuberância nesta fase da vida (Sequeira, 2018).

A **nível biológico**, este processo está associado a uma acumulação de variados danos moleculares e celulares que com o tempo levam a uma perda gradual das reservas fisiológicas levando a um aumento da vulnerabilidade do organismo para contrair doenças e a um declínio geral da capacidade intrínseca do indivíduo. Contudo, o envelhecimento não é um processo linear, estando as mudanças que dele resultam vagamente associadas à idade em anos (Pereira, 2019; World Health Organization, 2015).

O envelhecimento a **nível psicológico**, como nos refere Sequeira (2018), depende de fatores patológicos, genéticos, ambientais e socioculturais, está intimamente ligado à forma como cada indivíduo organiza e experiêcia o seu protejo de vida. Para um envelhecimento bem-sucedido, a qualidade de vida assume uma importância vital, estando associada à satisfação e /ou ao bem-estar psicológico da pessoa ao longo do seu ciclo vital. Nesta perspectiva, o sentido e o significado que cada pessoa atribui à sua vivência, as emoções, a sensibilidade, os sentimentos e os desejos de acordo com a sua própria individualidade determinam a sua qualidade de vida (Sequeira, 2018). Como nos diz Teixeira e Neri (2008),

“o envelhecimento bem-sucedido aproxima-se de um princípio organizacional para alcance de metas, que ultrapassa a objetividade da saúde física, expandindo-se em um continuum multidimensional. A ênfase recai sobre a percepção pessoal das possibilidades de adaptação às mudanças advindas do envelhecimento e condições associadas. Envelhecer bem é uma questão pragmática de valores particulares que permeiam o curso da vida, incluindo as condições próximas da morte.” (Teixeira & Neri, 2008, p. 91)

Assim, o processo de envelhecimento, não pode ser visto apenas como um período marcado pelas perdas, pela proximidade da morte e, conseqüentemente, pela ideia de inutilidade. O envelhecimento da pessoa idosa é uma fase que também é detentora de potencialidades e de

sentido. Desta forma, é importante que as pessoas idosas recebam auxílio na procura pelo sentido da vida, estimulando-os a recuperar a completude da vida e a reatribuir um significado aos eventos do quotidiano (Moreira et al., 2021).

É expectável que ao longo do ciclo vital da pessoa, as **redes sociais** onde se insere, vão sofrendo alterações em função do contexto social, profissional, ocupacional e familiar. Na chegada à terceira idade, existe uma alteração significativa nos papéis que as pessoas idosas desempenham nesses mesmos contextos. O que se verifica é que com o avançar da idade existe uma tendência para a diminuição progressiva na participação ativa da pessoa idosa. Estes, tendem a participar em redes sociais mais pequenas e a diminuir os contactos intersociais, privilegiando o estar em família ou num grupo de amigos mais restrito (Sequeira, 2018).

A chegada à reforma é um processo de transição-adaptação, podendo ser percecionada pela pessoa idosa como uma oportunidade ou como uma ameaça, dependendo da forma como esta foi programada e planeada pelo mesmo. Como em todas as transições, para que esta aconteça, é necessário que exista uma mudança da conceção que a pessoa tem sobre si próprio e sobre o mundo, solicitando uma mudança de comportamentos individuais nas relações com o meio envolvente (Domingues, 2023). A passagem da condição de ativo para a condição de reformado, se não preparada, pode levar à diminuição da importância da pessoa idosa, que passa a considerar-se como um inútil e problemático, contribuindo para o seu isolamento social. Assim, este deve fazer um esforço de reorganização dos seus padrões de vida, sendo para isso necessário manter ou melhorar o bem-estar físico, psicológico e social (Domingues, 2023; Sequeira, 2018).

Tal como foi acima abordado, os dados sobre o envelhecimento demográfico vêm colocar também desafios às famílias que tradicionalmente cuidam da pessoa idosa. No entanto, no mundo em que atualmente vivemos, a família sofreu grandes alterações. Assim, o espaço da pessoa idosa no seio familiar é, cada vez menor, em consequência da competitividade laboral, na necessidade de manter os rendimentos adequados e estilos de vida desejados por parte da família. Esta priorização, retira à pessoa idosa qualquer valor relativo, ocorrendo frequentemente, nestes casos, à sua institucionalização (Sequeira, 2018).

Nesta perspetiva, Santos e Coelho (2014) citando Nancy (2003), diz-nos que as pessoas idosas institucionalizadas são um grupo muito vulnerável, estimando-se que mais de 95% apresente alguma perda de capacidade cognitiva.

As **alterações na cognição** podem ser decorrentes do próprio processo de envelhecimento. Para uma parte das pessoas idosas, o envelhecimento normal, não têm implicações nas suas atividades diárias pois existem um conjunto de variáveis mediadoras da cognição, que permitem a manutenção do funcionamento face a um declínio ligeiro. Segundo Sequeira (2018), estas variáveis permitem que exista uma readaptação e a preservação dos conhecimentos da pessoa idosa, o que facilita a resolução de problemas, a automatização de muitas tarefas e a manutenção do ambiente e das rotinas familiares. Por outro lado, quando estas alterações cognitivas associadas ao envelhecimento não são compensadas com outros mecanismos, interferem com a funcionalidade da pessoa idosa (Sequeira, 2018).

Portanto, as alterações cognitivas que ocorrem com o envelhecimento estão bem documentadas. Sequeira (2018) citando Park (1999) destaca três funções cognitivas: o processamento de informação; a capacidade para a pessoa idosa receber, decodificar e reter informação e a memória de trabalho; memória a curto prazo ou imediata. O mesmo autor, alerta ainda para a necessidade de monitorização destas alterações cognitivas, no sentido de diferenciar os limites normais de um declínio cognitivo e aquilo que poderá estar já enquadrado numa perturbação cognitiva. Ou seja, aquilo que diz respeito a uma categoria de declínio relacionado com a idade ou uma PNC ligeira (Sequeira, 2018).

É consensual a organização do declínio cognitivo em: PNC ligeira (ou défice cognitivo ligeiro) e major (ou demência) (Santos et al. 2014). Na PNC major, esta pode ser classificada quanto à sua etiologia, que pode variar entre doença de Alzheimer, vascular, corpos de *Lewy*, frontotemporal e outras. De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5ª edição (DSM-5), a PNC major caracterizam-se por uma alteração cognitiva significativa relativamente ao funcionamento anterior, em dois ou mais domínios cognitivos, tais como atenção, funções executivas, aprendizagem e memória, capacidade percetiva, motora ou cognição social. No entanto, na PNC ligeira, os défices cognitivos não interferem nas atividades instrumentais complexas (American Psychiatric Association, 2013; Silva, 2019). Segundo a Alzheimer Portugal (s.d), cerca de 10 a 15% das pessoas com PNC ligeira progridem, por ano, para uma PNC major. Assim, ter uma PNC ligeira aumenta consideravelmente o risco de progredir para uma PNC major (Alzheimer Portugal, sd).

Sobre a PNC major, as alterações cognitivas interferem, no mínimo, com a realização das atividades instrumentais complexas, sendo uma condição crónica e degenerativa e a sua evolução é multifactorial, dependendo de várias variáveis (Silva, 2019).

Num relatório *Health at Glance* de 2018, estimava-se que, nesse ano, 9,1 milhões de pessoas com mais de 60 anos conviviam com uma PNC, na União Europeia e espera-se que o número total de pessoas a viver com uma PNC aumente para cerca de 60% atingindo os 14,3 milhões em 2040. Segundo o mesmo relatório, a prevalência das PNC aumenta com a idade e sabe-se que cerca de 1% das pessoas com idade superior a 60 e 64 anos de idade tem uma PNC. No entanto, essa proporção sobe para os 40% nas pessoas com mais de 90 anos de idade. As estatísticas mostram também, que mais mulheres do que homens vivem com uma PNC em qualquer faixa etária (OECD/EU, 2018).

Estes dados reforçam a necessidade de uma intervenção diferenciada. O tratamento oferecido às pessoas com PNC deverá ser personalizado e individualizado, conciliando diferentes estratégias, farmacológicas e não farmacológicas. O plano de cuidados elaborado para estas pessoas, tanto em contexto domiciliário como em contexto formal de cuidados, deve ser específico a cada pessoa e família, devendo conter um conjunto de atividades estruturadas, que podem ir desde simples atividades com o objetivo de simplificar as AVD, como atividades mais complexas para conservação do seu potencial. Neste sentido, existem diferentes modalidades de intervenção como: Estimulação Cognitiva (EC), terapia de orientação para a realidade, terapia por reminiscência, terapia da validação, entre outras (Sequeira, 2018).

A EC tem evidenciado a sua eficácia no tratamento de pessoas com PNC, nomeadamente na manutenção da cognição, melhoria do humor, bem-estar, atividade funcional, qualidade de vida e competências comunicacionais (Sequeira, 2018; Silva, 2019).

Para Sousa et al. (2020) a EC tem como principal objetivo a capacitação da pessoa e da família/cuidadores para conviver, reduzir e superar défices cognitivos, proporcionando uma melhoria significativa na qualidade de vida, capacitando a pessoa a mobilizar conhecimentos e estratégias compensatórias que possibilitem a sua autonomia. Para este autor, esta intervenção, pode ser implementada individualmente ou em grupo. Com a abordagem individual pretende-se ajudar a pessoa a manter as suas capacidades cognitivas reminiscentes de forma, a que esta se mantenha orientada no seu ambiente promovendo a sua funcionalidade e autonomia. Com a abordagem em grupo, tem-se como objetivo a interação social e a readaptação dos comportamentos, com a ressalva que o grupo deve ter características tão homogêneas quanto possível.

Já Silva (2019), acrescenta que a EC é uma abordagem que se baseia na implementação de um conjunto de atividades significativas e terapêuticas, que decorrem ao longo de várias sessões e

visam a estimulação de vários domínios entre os quais: atenção, funções executivas, memória, linguagem, entre outros. Esta, foca-se na estimulação intelectual e social através de atividades, exercícios e discussões relevantes, contribuindo para o aumento das reservas cognitivas, protegendo contra a evolução do declínio, atrasando a deterioração e promovendo a autonomia da pessoa.

Os autores consultados, defendem também que na EC são incluídas outras técnicas, como terapia por reminiscência, estimulação (multi)sensorial, treino e a reabilitação cognitiva, a orientação para a realidade, entre outras (Sequeira, 2018; Silva, 2019).

A estimulação (multi)sensorial pode envolver um ou mais sentidos primitivos; uni-sensorial (ex: terapia da luz) ou multissensorial (Snoezelen®) através da estimulação dos sentidos primários (visão, audição, olfacto, paladar e tato) (Prins et al., 2020). No caso da estimulação multissensorial, ela tem sido considerada como uma abordagem promissora na prática centrada na pessoa com PNC major. A literatura tem mostrado que esta técnica é eficaz na gestão dos sintomas neurocomportamentais da pessoa com PNC ligeira a major, particularmente no caso da agitação e ansiedade (Silva et al., 2018).

2.1.2 Justificação da intervenção

Após o exposto, fica evidente a necessidade de se intervir nestas pessoas idosas, como forma de prevenção, manutenção e readaptação as suas capacidades físicas e cognitivas. Para tal, é importante que o EESMP possua conhecimentos nesta área do cuidado da pessoa idosa, assim como das diversas estratégias que devem adquirir no cuidado aos mesmos, visto que tal como foi mencionado acima, esta faixa da população está em crescimento. O objetivo do EESMP será orientar e facilitar cooperando, dando suporte para que a pessoa idosa seja capaz de se autocuidar, priorizando o seu bem-estar, autonomia e independência.

Fazendo a associação destes conhecimentos a este contexto clínico, contexto de cuidados diferenciados a pessoa idosa em ambiente de internamento em SM e psiquiatria, onde maioritariamente a pessoa idosa padecem de demências, foi claro a necessidade de intervir nesta área.

Neste sentido, para este contexto pretendeu-se desenvolver e implementar uma intervenção de EC de grupo, com o objetivo de dar resposta ao diagnóstico de enfermagem - cognição comprometida. Através da prática baseada na evidência e recorrendo ao referencial teórico que

suportou os cuidados prestados, foram planeadas três sessões de EC a um grupo homogêneo de pessoas idosas internadas.

2.1.3 Planeamento da intervenção

O primeiro passo para realizar a EC, foi criar o grupo de pessoas idosas que iriam integrar esta intervenção, sabendo que este deveria ser um grupo homogêneo, ou seja, que apresentassem características similares e que, independentemente da patologia psiquiátrica de base, tivessem capacidades cognitivas semelhantes, bem como o nível intelectual, preferências e gostos. Deste modo, os critérios de inclusão foram: incluir pessoas com valor igual ou superior a 15 no *6-item Cognitive Impairment Test - 6CIT* (Teste de Declínio Cognitivo de 6 Itens) (Apóstolo et al., 2018; Silva et al., 2018); e pessoas que conseguissem participar em atividades de grupo durante pelo menos 45 a 60 minutos. Quanto aos critérios de exclusão, foram apresentar alteração do comportamento / do estado de consciência e/ou atividade delirante presente.

Neste sentido, foi essencial avaliar o perfil cognitivo da pessoa, identificando as funções cognitivas preservadas e comprometidas. Esta avaliação foi realizada com recurso como já mencionado ao *6CIT* validado por Brooke e Bullock (1999) e traduzido e validado para português em 2017, por Apóstolo et al. (2018). O *6CIT* é um teste cognitivo breve e simples e tem demonstrado ser mais sensível e específico para triagem da deterioração cognitiva, sendo bastante sensível e específico nos casos de demência em grau ligeiro. É composto por seis perguntas simples, não sensíveis culturalmente e que não exigem uma interpretação complexa e o seu tempo de preenchimento é de 3-4 minutos. O *6CIT* usa uma pontuação inversa e as perguntas são ponderadas, sendo que os resultados podem assumir valores de 0 a 28. Os pontos de corte para a deterioração cognitiva são estabelecidos tendo em conta o nível de escolaridade, assim se escolaridade: igual ou inferior a dois o total da pontuação deve ser igual ou superior a 12; entre três e seis anos total da pontuação deve ser igual ou superior a 10; superior ou igual a sete anos, total de pontuação deve ser igual ou superior a quatro; não atendendo ao nível de escolaridade pontuação total igual ou superior a 10 (Apóstolo et al., 2018; Silva et al., 2018). De forma global, o *6CIT* avalia diferentes domínios cognitivos: orientação temporal, memória de curto prazo (memória de trabalho) e evocação tardia, atenção, concentração, cálculo, habilidades linguísticas (compreensão de comando) e funções executivas.

Neste sentido, foi constituído um grupo de quatro pessoas idosas internadas com PNC major de grau moderado a severo, que não apresentassem no momento alterações do comportamento ou consciência ou perturbação psicótica. Estes, foram entrevistados individualmente e esclareceu-se o tipo de intervenção e os seus objetivos, assim como a necessidade da aplicação

de um instrumento de avaliação cognitiva. Obtido o consentimento oral de cada elemento do grupo, procedeu-se à aplicação do 6CIT.

Após este primeiro passo, passou-se à elaboração da intervenção de EC. O planeamento das sessões foi feito tendo por base o programa de EC “Fazer a Diferença”, este foi desenvolvido e testado por Spector et al. (2003), e traduzido e adaptado para Portugal por Apóstolo e Cardoso (2012) adaptado do programa da autoria de (Apóstolo et al., 2011; Apóstolo & Cardoso, 2012; Carvalhais et al., 2019). Apesar do referido programa ser constituído por 14 sessões, para este contexto e por uma questão de cumprimento do cronograma, foram adaptadas 3 sessões de EC de cerca 45 a 60 minutos, onde cada sessão apresentava objetivos terapêuticos bem definidos. A sessão de avaliação cognitiva realizada individualmente a cada pessoa idosa não foi aqui contabilizada.

2.1.4 Os dados recolhidos

Como referido, o grupo era composto por quatro elementos, dois homens e duas mulheres, todos com três a seis anos de escolaridade e idade média tem 76 anos . A classificação mais alta foi de 25 pontos, o que revela maior deterioração cognitiva, sendo a mais baixa de 16 pontos, ou seja, menor deterioração cognitiva, ver Figura 2.

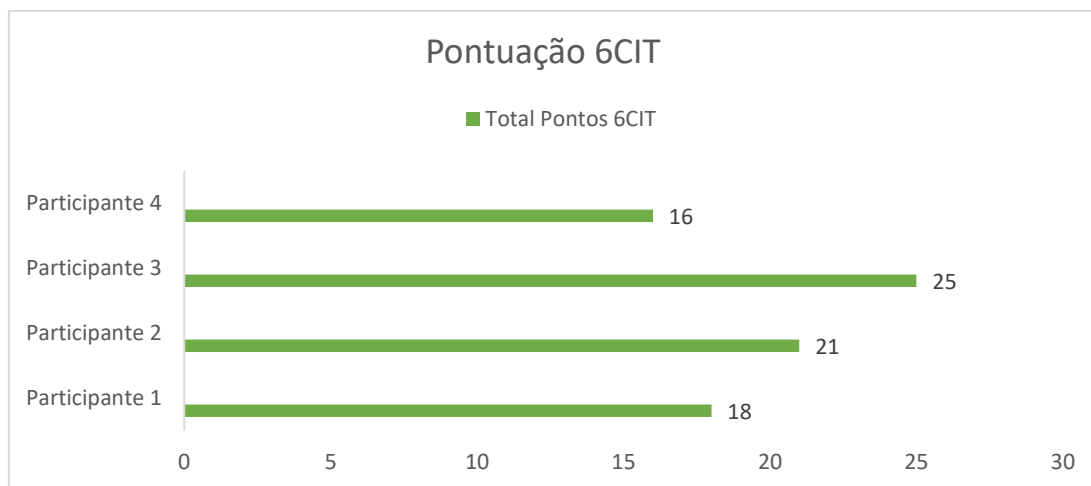


Figura 2 - Pontuação total do 6CIT

Como esquematizado na Figura 3, à primeira pergunta “Em que ano estamos?”, apenas um elemento do grupo respondeu acertadamente. Na segunda pergunta “Em que mês estamos?” dois elementos responderam corretamente e os outros dois deram respostas incorretas, e na terceira pergunta “Que horas são?”, todos os elementos respondem acertadamente.

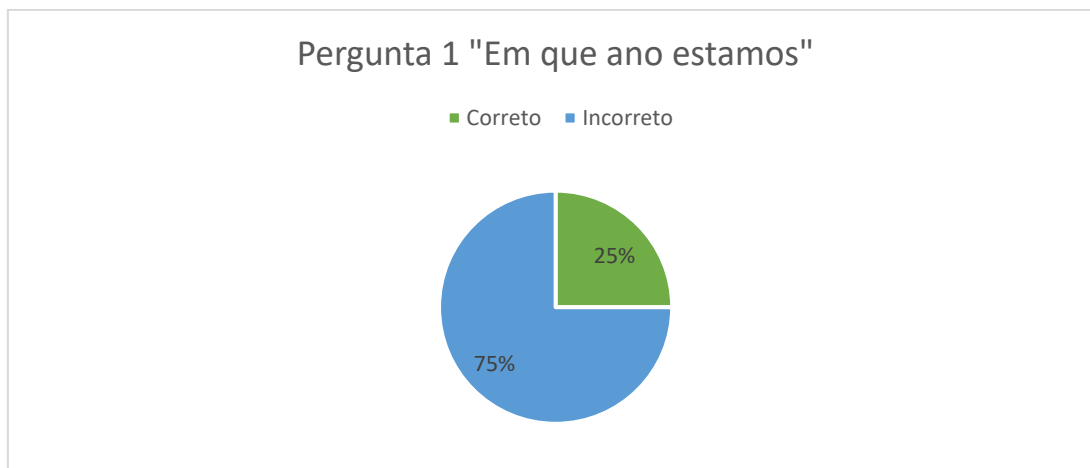


Figura 3 - Pergunta 1 6CIT do "Em que ano estamos"

Quanto à quarta pergunta "Conte na ordem inversa de 20 para um.", um elemento respondeu corretamente e outro incorretamente, os outros dois elementos cometeram um erro na sua resposta, como mostra a Figura 4. Na pergunta número cinco "Diga os meses do ano na ordem inversa.", nenhum elemento respondeu corretamente; um elemento cometeu um erro e os restantes cometeram mais que um erro. Por último, na pergunta numero seis "Repita a frase com o endereço/morada." não houve respostas corretas e todos os elementos respondem com mais de cinco erros.

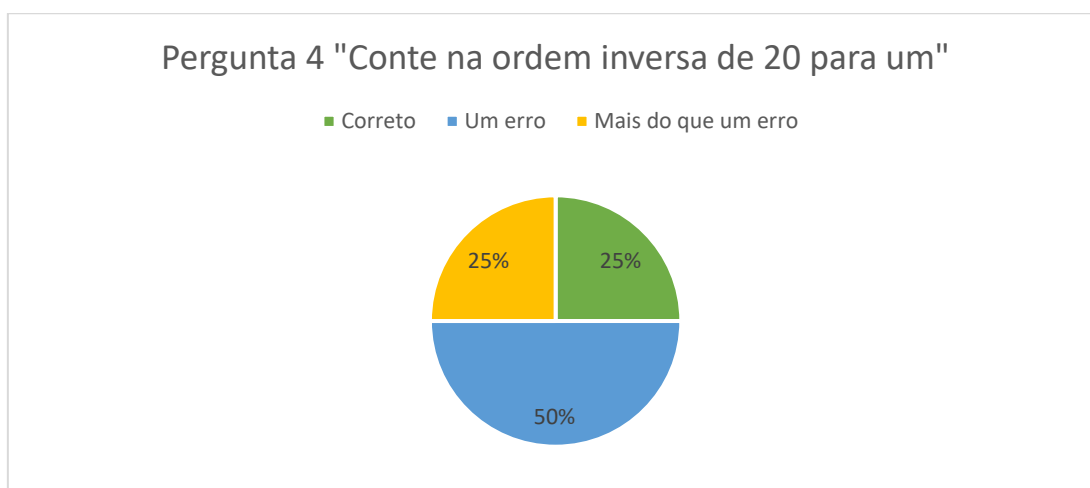


Figura 4 - Pergunta 4 do 6CIT "Conte na ordem inversa de 20 para 1"

Através dos resultados obtidos, pode-se concluir que o grupo apresenta grandes dificuldades de orientação temporal, memória de curto prazo, evocação tardia, cálculo e habilidades linguísticas. Esta conclusão permitiu perceber quais os domínios cognitivos importantes a trabalhar durante as sessões de EC.

2.1.5 A intervenção de Estimulação Cognitiva

As três sessões foram ao encontro ao nível cognitivo do grupo e das suas potencialidades. Na primeira sessão de EC recorreu-se à estimulação sensorial, por todos os benefícios mencionados e pelo facto do grupo apresentar um nível de deterioração no 6CIT moderado a elevado. Assim implementaram-se atividades para estimular o olfato, paladar, tato e audição, trabalhando áreas cognitivas como a perceção sensoriomotora, memória sensorial e evocação, entre outras.

Na segunda sessão foram executadas intervenções com o objetivo de treinar a concentração/atenção, treinar motricidade fina, memória operacional, imediata e de retenção.

Na terceira e última sessão procurou-se trabalhar áreas como a memória a longo prazo, a evocação e o pensamento operacional e concreto, entre outras, tendo para tal, sido realizadas duas atividades distintas.

De realçar que a implementação das intervenções selecionadas, se basearam na evidência científica demonstrada pela literatura consultada, tal como já mencionado no programa de EC “Fazer a Diferença”, mas também, a partir dos meios disponibilizados pelo serviço, nomeadamente na implementação de algumas atividades de EC utilizadas no serviço. Todas as tabelas com o planeamento das sessões de EC, apresentam-se no Apêndice 1 - Planeamento das sessões de estimulação cognitiva.

2.1.6 Resultados/ Avaliação da intervenção

A bibliografia recomenda-nos avaliar a eficácia da estimulação cognitiva quando esta é aplicada por um período contínuo de seis meses, utilizando um conjunto de escalas antes e depois implementação da intervenção. Neste caso, por se tratar de uma intervenção executada num curto espaço de tempo (duas a três semanas), não foi objetivo avaliar a eficácia da intervenção, mas sim a aceitabilidade da mesma pelos elementos do grupo. Para tal, foi adaptada uma grelha de observação criada originalmente por Sánchez e Abreu (2010) num estudo que tinha por objetivo avaliar os benefícios da estimulação multissensorial em pessoas idosas com PNC. A grelha elaborada para esta intervenção avalia de forma sistematizada dimensões como a compreensão, interesse, atenção, envolvimento humor e relação interpessoal; a mesma encontra-se no Apêndice 2 - Grelha observacional para estimulação cognitiva deste relatório (Sánchez & Abreu, 2010). Na sua globalidade, as sessões decorreram sem intercorrências sendo muito bem aceites por todos os elementos do grupo. A Tabela 1, sistematiza os resultados obtidos através da grelha de observação da EC.

Tabela 1- Resultados grelha de observação da EC

		Estimulação Cognitiva		
		1ª Sessão	2ª Sessão	3ª Sessão
		Nº elementos do grupo		
Compreensão	Compreende instruções	2	2	3
	Compreende parte das instruções	2	2	1
	Não compreende instruções	0	0	0
Total		4	4	4
Interesse	Realiza tarefa	3	1	2
	Realiza tarefa com ajuda	1	3	2
	Não realiza tarefa	0	0	0
Total		4	4	4
Atenção	Atento	4	2	4
	Atenção inconstante	0	1	0
	Desatento	0	1	0
Total		4	4	4
Envolvimento	Motivado	4	3	4
	Desmotiva-se e desiste	0	1	0
	Não adere	0	0	0
Total		4	4	4
Humor	Eutímio	4	3	4
	Irritável/ lábil	0	1	0
	Disfórico	0	0	0
Total		4	4	4
Relação	Interage	4	3	4
Interpessoal	Não interage	0	1	0
Total		4	4	4

Pela análise dos dados, conclui-se que a experiência foi significativa para a maioria dos elementos dos grupos em todas as sessões. A exceção deu-se na segunda sessão, onde a meio da atividade um dos elementos desiste por não se encontrar motivado a participar na sessão. No momento da passagem de turno do dia seguinte, foi transmitido que este elemento do grupo

foi agravando o seu comportamento ao longo do dia e que apesar das intervenções implementadas pelos enfermeiros para o acalmar, foi necessário administrar medicação de SOS.

Conclui-se também, que a primeira e terceira sessão foram as que tiveram resultados mais positivos e onde o grupo esteve mais participativo. A segunda sessão, revelou-se a mais difícil para o grupo, o que revela que nestes domínios, estes precisam de maior estimulação.

2.1.7 Conclusão/ Reflexão crítica

Em suma, pode-se afirmar que esta intervenção de EC, onde se inclui atividades de estimulação sensorial, foi bem aceite pelo grupo e apesar de não ser possível avaliar a efetividade da intervenção pode-se, contudo, afirmar que esta foi bem aceite pelo grupo e onde através da aplicação da grelha observacional conseguiu-se avaliar, a cada sessão, dimensões como o interesse, a atenção, o humor e a interação social. Nos intervalos das sessões os vários elementos de grupo abordavam a autora para falar da sessão precedente ou perguntar quando iria ocorrer a próxima sessão. Com o evoluir das sessões foi notório a interação social entre eles promovendo assim também a cognição social.

Pode-se concluir também, que este grupo, beneficiária com a implementação de um programa de EC validado, pois para além de ser uma faixa etária que para além do declínio cognitivo acresce os sintomas psico-comportamentais próprios da cada patologia. A realidade mostrou, que apesar de todo o conhecimento produzido e das evidentes necessidades desta população, os recursos que são disponibilizados para implementar estes cuidados é ainda negligenciado pelas direções hospitalares. É urgente mudar este paradigma instituído ainda em muitas organizações, pois só é possível um cuidado centrado na pessoa quando o meio envolvente o torna propício.

Na elaboração do projeto que antecedeu este relatório, planeou-se ter uma intervenção junto de um CF, no sentido de o capacitar para cuidar do seu familiar no momento da alta. Com esse objetivo, foi elaborado um guião de uma entrevista clínica (ver Apêndice 3 – Guião entrevista clínica cuidador familiar) ao único CF passível de receber o familiar internado em casa no momento do estágio, com a aplicação de um conjunto de escalas:

- Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) de Zarit;
- Índice para Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI);
- Índice para Avaliação das Estratégias de Coping do Cuidador (CAMI);
- Índice para Avaliação da Satisfação do Cuidador (CASI);

A ESC de Zarit foi desenvolvida por Zarit e Zarit (1983), sendo traduzida e validada para a população portuguesa por Sequeira (2007). Já o CADI, CAMI e CASI são um conjunto de questionários desenvolvidos por Nolan e colaboradores (1989), sendo traduzidos e adaptados para a população portuguesa Barreto e Brito (2002) (Sequeira, 2018).

Feita esta avaliação, conclui-se que este CF se encontrava em sobrecarga, sem qualquer retaguarda familiar de suporte, sem estratégias para enfrentar as dificuldades e até mesmo com um valor reduzido no índice de avaliação da satisfação para o papel de prestador de cuidados. O CF não apresentava condições para assumir o seu papel de cuidador e por tal motivo não foi possível dar continuidade a este objetivo.

No entanto, foi notório a necessidade de intervenção neste CF por apresentar um conjunto de sintomatologia compatível com o diagnóstico médico de depressão. Neste sentido, o CF para além de ter sido referenciado à equipa médica para ser encaminhado para consulta externa no hospital, houve necessidade também de agendar nova entrevista com o CF. No segundo contacto com o CF pretendeu-se disponibilizar apoio emocional e aconselhamento, tendo sido também apresentados os recursos na comunidade que este poderia usufruir.

2.2 Contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação aguda da doença

O contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação aguda da doença decorreu num serviço de agudos de uma instituição psiquiátrica de referência no Norte do país.

À imagem do que refere o Relatório da Avaliação - Plano de Nacional de Saúde Mental 2007 – 2016, os diagnósticos psiquiátricos que mais motivam um internamento no hospital, onde se insere o serviço em questão é a esquizofrenia, doenças depressivas major e/ou outras/ não especificadas psicoses, perturbações da personalidade, perturbações bipolares, depressões exceto perturbações depressivas major e abusos de substâncias (Comissão técnica de acompanhamento da reforma da saúde mental, 2017).

Da análise e observação realizada ao serviço de internamento de pessoas em fase de descompensação aguda da doença, constata-se que efetivamente estes diagnósticos estão bem patentes neste contexto. Assim, no momento do estágio, os diagnósticos médicos mais comuns que justificavam o internamento, eram as perturbações psicóticas, perturbações depressivas, perturbações bipolares, perturbações de personalidade. De referir que associado sobretudo às perturbações do humor os utentes apresentam frequentemente comportamentos da esfera

suicidária. Foi também identificado o diagnóstico de abuso por consumo de substâncias, existindo no internamento uma ala para este tipo de patologias.

Quanto à atuação do EESMP neste contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação aguda da doença, este desenvolve um acompanhamento à pessoa internada. Existe no serviço um protocolo que orienta a atuação do EESMP, determinando os momentos para realizar a entrevista clínica, contendo um guião de entrevista pré-estabelecido. Para além disso, determina os momentos de avaliação e *follow up*. Após a avaliação de enfermagem, o EESMP planeia as intervenções psicoterapêuticas adaptadas a cada caso clínico.

Neste contexto de estágio foram realizadas inúmeras entrevistas clínicas a pessoas com problemas de dependência, onde era avaliada a fase do ciclo motivacional em que se encontravam e os recursos que possuíam para a mudança. Visto que estas pessoas ficavam pouco tempo no serviço, por ele funcionar como unidade de desabilitação para depois voltarem para o domicílio ou ingressarem numa comunidade terapêutica, não foi possível implementar uma entrevista motivacional. Para além disso, sempre que solicitado, era dada colaboração à equipa de enfermagem de cuidados gerais, na administração e supervisão da toma da terapêutica, na assistência à alimentação e na resolução de conflitos entre pessoas internadas.

Para este contexto de estágio, foi planeada e executada uma intervenção psicoterapêutica de reestruturação cognitiva, sob a orientação da enfermeira tutora que desenvolve funções de EESMP na instituição. Por ser esta a intervenção com mais destaque para este contexto clínico, foi realizado um pequeno enquadramento teórico à temática e apresentada a justificação da intervenção, bem como os resultados obtidos.

2.2.1 Do pensamento à reestruturação cognitiva

A cognição é o processo intelectual que envolve todos os aspetos da perceção, pensamento, raciocínio e memória (International Council of Nurses, 2019). É uma função cortical que pode ser dividida em diferentes domínios, como já mencionado acima (ex: atenção, orientação, linguagem, etc.) (Freitas & Py, 2016).

Uma alteração na cognição pode afetar a pessoa nos seus diferentes contextos: social, interpessoal, no trabalho, nas AVD e nas atividades de lazer (Freitas & Py, 2016). Na esfera social verifica-se que a pessoa perde a capacidade de entender e integrar todas as partes de uma situação. As AVD passam a ser desenvolvidas de forma ineficaz, verifica-se dificuldade ou incapacidade em tomar decisões e estabelecer prioridades. As alterações de memória podem

surgir manifestando-se pela dificuldade em manter recordações ou associar informações relacionadas com a própria pessoa (Freitas & Py, 2016).

No seio dos vários processos que envolvem a cognição destaca-se o pensamento, também ele, foco de atenção de enfermagem. Pensamento, do latim “*pensare*”, que significa avaliar o peso de algo é o ato, faculdade de pensar, ideia, reflexão, conceito, opinião sobre algo (Figueira et al., 2020; Porto Editora, 2022). O pensamento é aquilo que é trazido à existência através da atividade intelectual, tornando-se progressivamente mais lógico e coerente com capacidade para escolher, ordenar e classificar factos (Figueira et al., 2020).

Quando o pensamento não está comprometido ele caracteriza-se por conexões entre palavras e frases com lógica e com um objetivo, não tem discrepâncias permitindo ao ouvinte seguir a linha de pensamento sem dificuldade. A quantidade de informação que se transmite durante um período de tempo é adequado para que o ouvinte mantenha a atenção no discurso e compreenda o seu significado. Desta forma, as palavras e frases que se utilizam, são adequadas e transmitem um conteúdo significativo. A comunicação dirige-se especificamente ao ouvinte, flui ritmicamente e não é interrompida nem desarticulada (Belloch et al., 2020).

Em suma, o pensamento rege-se pela lógica formal e orienta-se segundo a realidade e os princípios da racionalidade da cultura na qual o indivíduo está inserido (Dalgarrondo, 2008).

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

Assim, o curso do pensamento é o modo como o pensamento flui, a sua velocidade e o seu ritmo ao longo do tempo. Por conseguinte, a forma do pensamento, é a sua estrutura básica, a sua “arquitetura”, relacionada com os diversos conteúdos e interesses do indivíduo. E quanto ao conteúdo, o pensamento é o seu tema propriamente dito, é o assunto em si. Há tantos conteúdos de pensamento quantos os temas de interesse do ser humano (Dalgarrondo, 2008).

Segundo a North American Nursing Diagnosis Association (2021), pensamento comprometido é uma perturbação do funcionamento cognitivo que afeta os processos mentais envolvidos no desenvolvimento de conceitos e categorias, raciocínio e resolução de problemas. Atendendo às várias dimensões do pensamento, ele pode mostrar-se alterado/ comprometido a nível do curso, forma e conteúdo.

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

- **Taquipiquismo** onde se verifica o aumento da velocidade do fluxo do pensamento. É frequente na mania e no surto psicótico agudo da esquizofrenia (Figueira et al., 2020), nos estados de ansiedade intensa, nas psicoses tóxicas e na depressão (Dalgarrondo, 2008);
- **Bradipsiquismo**, verifica-se a lentificação do pensamento com progressão lenta e difícil, há latência entre as perguntas e as respostas e ocorre essencialmente nas depressões graves, alterações da consciência causadas por intoxicações por substâncias sedativas, entre outros (Dalgarrondo, 2008);
- **Fuga de ideias** que se caracteriza pela perda de associação lógica entre as palavras, há afastamento progressivo da ideia inicial, característico dos quadros maníacos, onde as frases estão bem construídas, no entanto, verifica-se falta de coesão no discurso (Dalgarrondo, 2008);
- **Mutismo** que se caracteriza pela ausência de comunicação verbal por recusa ou incapacidade psicológica de falar, sem que tenha havido, previamente, alterações da linguagem, lesões orgânicas centrais ou periféricas. É característico dos estados de catatonia na esquizofrenia, episódios depressivos com sintomas psicóticos, perturbações da personalidade, entre outros. Implica diagnóstico diferencial com outras condições médicas, tais como alterações metabólicas (Figueira et al., 2020).

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

- **Pensamento ilógico**, caracterizado por contradições internas importantes, uma vez que as conclusões a que a pessoa chega não correspondem às questões de partida do discurso, sendo característico das esquizofrenias e dos estados maníacos (Belloch et al., 2020);
- **Dissociação do pensamento ou desorganização do pensamento**, característico de certas formas de esquizofrenia. Verifica-se que os pensamentos sucedem-se sem sequência lógica e os juízos não são coerentes entre si (Dalgarrondo, 2008);
- **Pensamento desagregado** caracteriza-se pela perda total da coerência do pensamento, fruto da desintegração da estrutura sintática e semântica das frases, característico da esquizofrenia e de quadros demenciais (Figueira et al., 2020);

- **Pensamento neologístico** caracterizado pela invenção de novas palavras ou atribuição de significado diferente a uma palavra do discurso do quotidiano. Assim, o ouvinte não compreende o significado do que está a ser dito pela pessoa que acaba por se perder no próprio discurso. É pouco frequente e surge em pessoas com esquizofrenia e mania (Belloch et al., 2020).

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

- **Pensamentos repetitivos negativos** que se caracterizam por serem intrusivos, recorrentes, incontrolláveis e de carácter negativista. São ineficazes pois não servem para resolver qualquer problema, além de consumirem recursos mentais pois absorvem toda a atenção, pelo que há diminuição da capacidade cognitiva disponível para outras atividades. São exemplos deste tipo de pensamentos a preocupação, ruminação, pensamentos automáticos negativos, entre outros (Belloch et al., 2020).
- **Ideias sobrevalorizadas** que não são mais do que crenças dominantes, consistentes com a personalidade e com os valores da pessoa que está emocionalmente sobrecarregada. Este tipo de ideias predominam os seus pensamentos e dominam a sua vida, pelo que todas as outras ideias passam a ser secundárias a esta. Estão associadas a sobrecarga emocional, com elevados níveis de ansiedade, exagerada preocupação e interferem com a vida da pessoa e daqueles que a rodeiam. Frequente na anorexia, bulimia e transtornos dismórficos. Diferem das obsessões na medida em que não são intrusos e o seu conteúdo é egossintónico (Belloch et al., 2020).
- **Ideias delirantes** são as que se traduzem em crenças anómalas pois o seu conteúdo é singular, improvável, absurdo e não compartilhado pelos outros membros do grupo, sustentada pela pessoa com grande convicção. São fonte de mal-estar e interferem negativamente com o normal relacionamento social e pessoal da mesma. São crenças fixas que não são suscetíveis de ser alteradas à luz da razão e o seu conteúdo pode englobar vários temas (Belloch et al., 2020).

Pela compreensão dos processos cognitivos, as pessoas ficam aptas a lidar de forma eficaz com os seus pensamentos ou com as alterações dos pensamentos. Esta é uma estratégia bastante característica e definidora da terapia cognitiva (Kraft et al., 2022).

A teoria desenvolvida por Aaron Beck, na década de 60 do século XX, pressupõe que a gênese do comportamento humano está na base de um processamento racional suportado pelas cognições. Esta foi desenvolvida tendo em vista a resolução de problemas através da modificação de comportamentos e pensamentos disfuncionais (Sequeira & Sampaio, 2020). Estes pensamentos disfuncionais são tradutores de um processamento distorcido da realidade com predomínio de pensamentos negativos que, por sua vez, geram sintomatologia depressiva, levando conseqüentemente à depressão (Parente, 2020).

Segundo o DSM-5, a depressão insere-se dentro do grupo das perturbações depressivas, podendo existir diferentes tipos, a perturbação depressiva major é uma delas (American Psychiatric Association, 2013). Esta condição clínica caracterizada por episódios depressivos, tais como sentimentos de desesperança e perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades do dia-a-dia, causando sofrimento e disfunção, podendo chegar ao suicídio (Janssen Comigo, 2022). É característica fundamental, para que se estabeleça o diagnóstico, que os sintomas estejam presentes pelo menos num período de duas semanas, mas normalmente persistem por muito mais tempo - meses ou mesmo anos (American Psychiatric Association, 2013).

Sabemos atualmente, que a perturbação depressiva resulta de uma complexa interação de fatores sociais, psicológicos e biológicos, podendo por vezes ser muito difícil determinar a causa exata. Existem, no entanto, vários fatores de risco que podem predispor, precipitar ou perpetuar a depressão (Janssen Comigo, 2022).

Segundo Laranjeira (2015), a pessoa que apresenta uma perturbação depressiva major, percebe o mundo de forma enviesada e pessimista. Assim, a pessoa tem tendência a interpretar de forma negativa todas as suas experiências de vida, a antecipar o futuro de forma negativa e a perspectivá-lo com desesperança.

Ainda segundo o mesmo autor, o sentimento de desesperança pode resultar da existência de distorções cognitivas caracterizadas pela percepção de ausência de controlo pessoal sobre acontecimentos futuros e pelo sentimento que a pessoa tem de que vai falhar, ou de que os seus comportamentos vão ter consequências negativas no futuro. Estas distorções cognitivas e alterações do pensamento estão sempre associadas ao sofrimento e dor psíquica na pessoa. No sentido de cessar tais pensamentos e sentimentos, a pessoa, busca soluções desesperadas e a resposta tende a passar pela ideação suicida (Bachega et al., 2019).

Neste sentido, torna-se importante explorar aprofundadamente o conceito de ideação suicida por este ser o primeiro fenómeno do processo suicidário e também, por ser um importante preditor de risco para o suicídio. Para Mata et al. (2021), o processo suicidário abarca quatro etapas distintas: a ideação suicida, os comportamentos autolesivos, a tentativa de suicídio e o suicídio consumado. A ideação suicida são os pensamentos passivos de querer morrer, ou pensamentos ativos de se querer matar. Dizem respeito a pensamentos negativos constituídos por desejos de pôr fim à própria vida podendo conter planos explícitos e estruturados de como o fazer (Mata et al., 2021; Toro-Tobar et al., 2016).

Por sua vez, os comportamentos autolesivos dizem respeito aos comportamentos que a pessoa realiza contra si própria, que apesar de não ter intencionalidade suicida são propositados (Mata et al., 2021). A tentativa de suicídio é o ato que a própria pessoa executa para pôr fim à vida, mas que não termina em morte. Já o suicídio consumado é o ato voluntário e fatal de pôr fim à vida que termina em morte (Mata et al., 2021).

De acordo com Silva dos Santos et al. (2016), existem determinados fatores de risco que propiciam ou apoiam o aparecimento da ideação suicida. Este fenómeno pode ser explicado quando fundamentado num modelo multidimensional, ou seja, a interação complexa entre diversos fatores. Segundo Toro-Tobar et al. (2016), as variáveis que precedem este fenómeno são as variáveis psicossociais, pessoais e familiares. Para este autor, variáveis pessoais dizem respeito ao tipo de tendências depressivas, vitimização, comportamentos antissociais, baixa autoestima e fraca capacidade para resolução de problemas e tentativas de suicídio anteriores. O autor defende que o funcionamento familiar e a coesão familiar estão diretamente relacionados com a ideação suicida, assim como, com o abuso de drogas lícitas e ilícitas.

Em suma, a literatura é unânime na associação que faz entre as perturbações depressivas e os comportamentos suicidários. Na base desta problemática estão os pensamentos negativos, a baixa autoestima, a desesperança e comportamentos disfuncionais.

Como mencionado anteriormente, Beck centrou a sua teoria sobre a depressão em aspetos cognitivos, na qual os sintomas encontram-se associados a um perfil negativo do pensamento que engloba três domínios: a si mesmo, o mundo e o futuro, conhecido como a tríade cognitiva (Sequeira & Sampaio, 2020).

Uma das intervenções cognitivas mais utilizadas e amplamente conhecida é a reestruturação cognitiva. Segundo Kraft et al. (2022), é definida como um processo ativo de identificação,

avaliação e alteração dos pensamentos desadaptativos, para que se tornem mais úteis e funcionais.

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

Sequeira e Sampaio (2020) destacam que o objetivo desta intervenção centra-se no alívio do sofrimento psicológico da pessoa, pela alteração da forma como pensa e da forma como interpreta as suas experiências.

Na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), a reestruturação cognitiva surge como uma intervenção psicoterapêutica relevante. Assim, os cuidados de enfermagem potenciam e suportam a funcionalidade psicossocial do indivíduo e facilitam os processos de transição. Permitem o funcionamento cognitivo desejável, auxiliando a pessoa a alterar modelos comportamentais secundários a processos cognitivos desestruturados, olhando para si e para o mundo de forma mais realista (Bulechek et al., 2010).

Esta intervenção psicoterapêutica, utilizada pelo EESMP tem por base um diagnóstico de enfermagem e é eficaz em diversos diagnósticos de enfermagem, como pensamento comprometido, ideação suicida, delírio, etc. Esta intervenção pode ser operacionalizada segundo o modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem, ou seja, tendo por base um diagnóstico de enfermagem e respeitando os pressupostos do mesmo modelo, que será abordado mais à frente (Sequeira & Sampaio, 2020).

2.2.2 Justificação da intervenção

Segundo a OMS (2013), estima-se que aproximadamente 280 milhões de pessoas no mundo sofrem de perturbação depressiva major, ou seja, 3,8% da população mundial, em qualquer faixa etária e que 44,3 milhões dos quais na Europa. Estima-se também, que de 700 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos, sendo o suicídio a quarta principal causa de morte em jovens de 15 a 29 anos (Janssen Comigo, 2022; World Health Organization, 2013).

Desta forma, as perturbações depressivas tornam-se na principal causa de incapacidade em todo o mundo e cerca de 50% das baixas médicas na União Europeia devem-se a perturbações depressivas e/ou ansiedade. O custo a pagar por este facto é de cerca de 170 mil milhões de

euros por ano na União Europeia e ainda assim, quase metade dos casos de depressão permanece sem tratamento (Janssen Comigo, 2022; World Health Organization, 2013).

O contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação aguda da doença, nesta instituição em particular, espelha todos os dados até aqui relatados. Se, por um lado neste contexto as pessoas podem estar ainda a estabilizar a sua sintomatologia clínica, é também um facto, que o internamento pode favorecer essa estabilização, através da utilização da farmacologia, psicoterapia, intervenções psicoterapêuticas, ou ainda a eletroconvulsivoterapia. Para além disso, o internamento é um ambiente controlado que possibilita à pessoa um afastamento temporário das situações mais desafiantes, com a quais não consegue ainda lidar. Este momento, pode ser uma oportunidade benéfica para algumas pessoas, pois permite adquirir uma outra perspetiva mais ajustada à realidade.

Com base em todos estes conhecimentos e dados, foi planeada uma intervenção de reestruturação cognitiva a uma pessoa que se encontrava internada na instituição e que apresentava os critérios para a implementação da mesma.

2.2.3 Planeamento da intervenção

O primeiro passo para planear a intervenção psicoterapêutica de reestruturação cognitiva foi a elaboração dos critérios inclusão. Foram determinados como critérios de inclusão; a) ter associado um diagnóstico de enfermagem de pensamento comprometido, b) apresentar sintomatologia compatível com humor depressivo; c) ter vontade de participar na intervenção; d) saber ler e escrever.

Para fazer esta avaliação fez-se recurso ao modelo de entrevista de enfermagem em SM e psiquiátrica preconizada pela instituição. Este guião é bastante extenso e avalia diversos domínios. De entre estes os mais pertinentes para esta entrevista são: a avaliação do consumo de substâncias, o padrão de sono e repouso, a história de doença atual, o nível de *insight*, a adesão ao regime terapêutico, a história pessoal da pessoa e uma avaliação do perfil comportamental e a verbalização de pensamentos e emoções.

Após uma breve discussão com a enfermeira tutora sobre as pessoas passíveis de integrar a intervenção, percebeu-se que naquele momento do estágio, parte das pessoas já estariam a integrar a mesma intervenção, mas dinamizada pela enfermeira especialista tutora, outra parte não apresentava ainda a sintomatologia controlada, sendo que havia uma pessoa que tinha sido hospitalizada há cerca de uma semana e carecia ainda de uma avaliação do EESMP.

Feita esta seleção, procedeu-se à entrevista clínica e verificou-se que a pessoa alvo da intervenção apresentava uma perturbação depressiva por presença de pensamentos disfuncionais. Consequentemente, no final da entrevista foi explicada a necessidade de intervenção e apresentada à pessoa a proposta de participar numa intervenção de enfermagem psicoterapêutica de reestruturação cognitiva. Para tal, a pessoa foi elucidada sobre esta intervenção e foi solicitado o consentimento oral para a participação na mesma.

Após esta entrevista, passou-se à elaboração da intervenção de reestruturação cognitiva. Foi seguido o modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem (Sampaio et al., 2018). Neste modelo os autores defendem que a intervenção psicoterapêutica deve: a) basear-se numa abordagem integrativa, ou seja, podem ser utilizadas diferentes técnicas de uma forma dinâmica; b) ter entre 3 e 12 sessões; c) ter uma duração de 45 a 60 minutos; d) na base da intervenção dever ter sempre um diagnóstico de enfermagem (Sampaio et al., 2018; Sequeira & Sampaio, 2020). Deste modo, foram elaboradas 5 sessões de reestruturação cognitiva, onde cada sessão apresentava objetivos terapêuticos bem definidos.

2.2.4 Os dados recolhidos

Neste momento é importante referir que não foi utilizado nenhum instrumento de avaliação pois o foco desta intervenção é o pensamento e como tal, da bibliografia consultada não foi encontrado um instrumento que o fizesse. Portanto, foi analisada de forma empírica a evolução do pensamento disfuncional para um pensamento mais ajustado e realista, onde fosse notório a ausência de sofrimento emocional.

Como referido, os dados transmitidos pela pessoa na entrevista clínica permitiram definir que o diagnóstico de enfermagem mais relevante era o pensamento disfuncional, uma vez que é este que lhe causa disfuncionalidade. Serão aqui citados alguns exemplos desses mesmos pensamentos:

- a) “Sou um elástico sem elasticidade...”;
- b) “Não consigo fazer nada até ao fim...”;
- c) “Não tenho vitalidade, sinto que não tenho garra para fazer o que tenho para fazer...”;
- d) “Sinto-me vazia...”
- e) “Sou miudinha...”

No decurso da entrevista, a pessoa revelou também o que motivou o seu internamento, que se deveu a uma ingestão medicamentosa voluntária com o fim de se suicidar. Referiu que foi um ato irrefletido e que não o voltaria a fazer “a minha irmã, que já tem tantos problemas, ficou

muito triste comigo, fui mais uma desilusão...” Verificava-se uma forte catastrofização das suas experiências de vida e inúmeras uma perda significativa na sua vida, que foi o seu marido há cerca de seis anos.

O discurso era fluente, mas algo lentificado, de predomínio negativista, com recorrente verbalização de pensamentos automáticos negativos, erros cognitivos e crenças limitantes. Apresentava humor depressivo e não apresentava qualquer evidência de sintomatologia psicótica.

2.2.5 A intervenção de reestruturação cognitiva

O planeamento da intervenção de reestruturação cognitiva encontra-se no Apêndice 4 – Planeamento das sessões de reestruturação cognitiva, e foi elaborado para esta pessoa tendo em conta a evidência científica encontrada na bibliografia consultada. Assim, recorreu-se ao procedimento da reestruturação cognitiva explicado por Santos et al. (2020) e utilizando a técnica de registos dos pensamentos disfuncionais.

Desta forma, o objetivo geral da intervenção foi o de que a pessoa conseguisse alterar os seus padrões de pensamento disfuncionais e se visse a si mesmo, ao mundo e ao futuro de uma forma mais realista.

2.2.6 Resultados/ Avaliação da intervenção

As sessões decorreram sem intercorrências e foi cumprido o planeamento das mesmas sem necessidade de acrescentar sessões ou redirecionar a intervenção.

A evolução foi gradual, notoriamente o humor foi o primeiro domínio a apresentar melhorias e posteriormente, o domínio do pensamento. Apesar de só na terceira e quarta sessão a pessoa apresentar capacidade para reconhecer os seus próprios pensamentos automáticos negativos e os corrigir, desde a primeira sessão a pessoa manifestou empenho na realização das tarefas de casa e cumpriu o registo diário de pensamentos, técnica adotada durante a sessão de reestruturação cognitiva. Esta foi mais longe e iniciou pela sua própria vontade, um diário com os seus pensamentos mais esperançosos para o futuro, técnicas que iam partilhando entre colegas de internamento, frases motivacionais e de autoajuda que ia lendo ou ouvindo.

Este trabalho foi contínuo e a pessoa revelava que nem sempre tinha vontade para o fazer, mas o facto de ter assumido um compromisso aquando do contrato terapêutico, a fazia “obrigar-se” a escrever um “bocadinho” e que no fim “até se sentia melhor”.

Neste contexto de internamento, existia a possibilidade de ir passar um fim de semana a casa, segundo prescrição médica e se a pessoa apresentasse estabilidade e vontade de o fazer. Neste caso em concreto, entre a segunda e terceira sessão houve essa possibilidade de a pessoa alvo dos cuidados ir a casa. Foi uma etapa determinante, pois apresentava ainda muitas inseguranças pelo medo que sentia de afrontar novamente os desafios do seu quotidiano. No entanto, a pessoa revelou que apesar das dificuldades sentidas ainda, foi capaz de superá-las e cumprir o pequeno plano elaborado pela mesma na última sessão antes de ir de fim de semana.

Na quinta e última sessão, a pessoa apresentava um pensamento mais realista e apesar de esporadicamente verbalizar um pensamento automático negativo, esta era capaz de o detetar e corrigi-lo imediatamente. Foi capaz de traçar planos para o futuro próximo de forma bastante ajustada.

2.2.7 Conclusão/ Reflexão crítica

Pelo exposto, pode-se concluir que a intervenção foi benéfica, que foi atingido o objetivo pretendido e que promoveu ganhos em saúde para a pessoa alvo dos cuidados, visto ter sido possível dar termo aos principais diagnósticos de enfermagem elencados ao caso clínico e a pessoa teve alta clínica.

Acredito que a relação terapêutica que foi estabelecida com a pessoa alvo dos cuidados, foi também um factor determinante para o sucesso da intervenção. Digo-o, pois o mesmo foi também verbalizado pela pessoa aquando do termino da reestruturação cognitiva.

Por esta intervenção se ter realizado em contexto de estágio, o tempo para a implementar e avaliar é limitado e bastante reduzido. A avaliação de *follow up*, foi realizada segundo o protocolo da instituição, por via telefónica algumas semanas após a alta da pessoa. Visto que tal ocorreu após o término do estágio, este foi realizado pela enfermeira tutora do estágio. O breve *feedback* deste contacto telefónico foi positivo e a pessoa revelou encontrar-se bem e que já tinha reiniciado algumas das atividades lúdico-recreativas e de bem-estar que tinha abandonado antes do internamento.

2.3 Contexto comunitário

No contexto de cuidados comunitários, este estágio desenvolveu-se numa UCC da zona Norte do país, inserida numa Unidade Local de Saúde (ULS). Esta UCC, tem como missão contribuir para a promoção e melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de

intervenção, através de capacitação dos utentes para adoção de comportamentos saudáveis, e garantir a continuidade de cuidados multiprofissionais em articulação com a ULS. Articula-se ainda com o hospital psiquiátrico de referência desta zona geográfica, Equipa Coordenadora local (ECL) da RNCCI, Câmara Municipal e com as Juntas de Freguesia da qual faz parte e Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). De igual modo, tem por missão, prestar cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, integrados e especializados à população alvo, de modo a dar respostas às necessidades identificadas, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

Esta UCC é constituída por uma equipa multidisciplinar, sendo a grande maioria enfermeiros especialistas, que articulando os seus conhecimentos nas suas diferentes áreas de especialização e intervenção, proporcionam aos seus utentes a resposta mais adequada às suas necessidades. Por conseguinte, a sua intervenção é de extrema proximidade com a sua comunidade, pois podem mesmo intervir no domicílio da mesma, sendo centrada não só na pessoa e na sua família, mas também na comunidade em que esta se insere ao longo do seu ciclo vital.

Esta equipa foca as suas intervenções na promoção da saúde, no apoio social e psicológico, na prevenção da doença, na reabilitação e na prestação de cuidados aos indivíduos utentes ou em fase terminal, assim como no desenvolvimento de medidas de proteção a grupos de pessoas vulneráveis. Para tal desenvolvem projetos nas áreas de preparação para o parto e parentalidade, gestão da diabetes, saúde escolar, reabilitação, SM, cuidados paliativos, Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), rede social entre outras atividades.

No que diz respeito à intervenção dos EESMP, estes desenvolvem vários projetos, nomeadamente no que se refere à promoção da SM da pessoa idosa onde trabalham a imagem corporal, o bem-estar físico, psicológico, emocional e espiritual da pessoa idosa. Na intervenção à população com perturbação mental, procuram promover a reintegração social, adesão e gestão do regime terapêutico, psicoeducação e suporte emocional à família. Tem também projetos no apoio à pessoa com PNC, nomeadamente na gestão da doença, na adaptação às dificuldades, na educação para a saúde, no suporte emocional e na estimulação das funções cognitivas, favorecendo uma melhoria na qualidade de vida. Por fim, prestam apoio aos prestadores de cuidados, promovendo a SM no sentido de reduzir a sua sobrecarga.

Neste contexto clínico, houve a possibilidade de participar na administração de medicação e de desenvolver com a enfermeira tutora, inúmeras visitas domiciliárias com o objetivo, de avaliar

a evolução da SM do cuidador familiar e da pessoa com patologia mental. Foi ainda possível participar em sessões dinamizadas por duas das EESMP da UCC sobre SM no pós-parto.

Durante este contexto, foi desenvolvida uma intervenção de promoção de Saúde Mental Positiva (SM+) a um grupo de cuidadores formais de uma IPSS no sentido de promover a SM, mas também de diminuição da ansiedade. Esta intervenção foi desenvolvida em colaboração com uma colega de estágio e sob orientação da enfermeira tutora que desenvolve funções de EESMP na referida UCC. Esta foi a intervenção com mais destaque deste contexto e, por esse motivo, serão aprofundados os construtos mais pertinentes ao planeamento das sessões de psicoeducação para a referida população.

2.3.1 Da saúde mental à intervenção para promoção da saúde mental

Atualmente existe uma grande necessidade de se falar de SM, devido aos estilos de vida adotados pelas sociedades modernas. As exigências profissionais e sociais são cada vez mais elevadas e a competitividade e a produtividade poderão ser os grandes fatores causadores de sobrecarga e stress psicológico (Sequeira et al., 2013).

Portanto, é de extrema importância a promoção de estilos de vida saudáveis, ou seja, ensinar e instruir a população a adotar padrões de comportamento mais saudáveis, munindo-os de estratégias para melhorar a sua SM e sensibilizando-os para as questões da promoção SM.

A promoção da SM engloba, muitas vezes, a SM+. Segundo Lluch-Canut & Sequeira (2020), identificaram-se mais de 60 termos para definir a SM+, os mais utilizados são; o bem-estar subjetivo, o otimismo, o sentido de coerência, a resiliência e a felicidade. Assim, não havendo uma definição consensual, a literatura é

“unanime em aceitar que a saúde mental é algo mais que do que a ausência de doença.

Dentro desta limitação, a SM+ é o conceito que serve para denominar esse algo mais que a ausência de doença: um espaço dedicado à promoção da saúde mental – uma vez que é abordado a partir da ausência de perturbação- como uma perspetiva de fortalecimento e desenvolvimento do funcionamento ótimo de ser humano.” (Lluch-Canut & Sequeira, 2020, p. 61)

Para Nogueira, (2020) a pessoa com uma SM+, deve sentir-se bem, com capacidades para perceber, compreender e interpretar o meio, no sentido de se adaptar ou alterá-lo se necessário, para pensar e comunicar com os outros de forma ótima e funcional.

Neste sentido, foi desenvolvido por Teresa Lluch-Canut um **Modelo Multifactorial de SM+**, que assenta em seis fatores, como esquematizado na Figura 5. Estes fatores são os seguintes: Satisfação Pessoal (F1); Atitude Pró-social (F2); Autocontrolo (F3); Autonomia (F4); Resolução de Problemas e Auto-atualização (F5) e Habilidades de Relacionamento interpessoal (F6) (Teixeira et al., 2020).

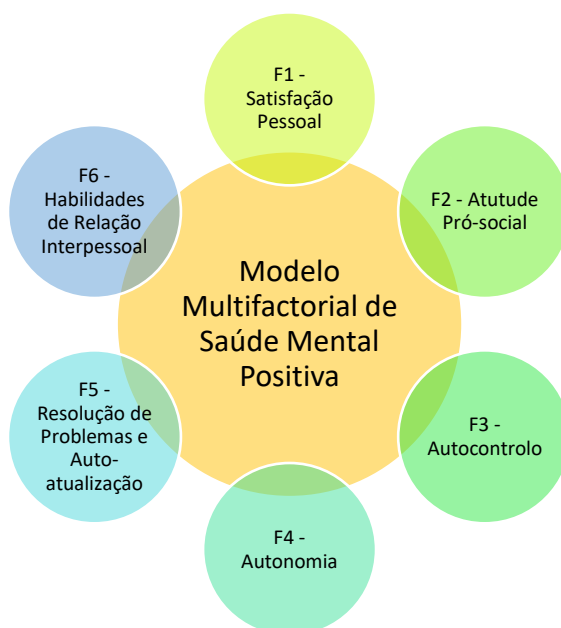


Figura 5- Modelo Multifactorial de SM+ (Teixeira et al., 2020)

Segundo Teixeira et al. (2020), esta definição de SM+ baseado no modelo multifactorial de SM+, parte das seguintes suposições elementares:

- a) É entendida como um construto o que significa que não pode ser definida diretamente; são necessários termos mais específicos, como fatores ou dimensões mais específicas.
- b) É entendida como um estado dinâmico e flutuante, isso implica aceitar como saudáveis e positivos, sentimentos e vivências tanto negativas como positivas.
- c) Tem limites que devem ser controlados, ou seja, todos os estados emocionais têm limites que se excedidos (por deficit ou em excesso), podem causar doença.

- d) Os fatores deste modelo, estão interrelacionados, de forma que podem compensar os outros.

O Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+) é o instrumento psicométrico eficaz, com boa fiabilidade e validade que avalia a SM+ com base no modelo multifactorial de SM+, este será abordado mais à frente neste relatório. Na Tabela 2, estão descritos os aspetos conceptuais que definem os seis fatores (Teixeira et al., 2020).

Tabela 2- Definição dos fatores do modelo multifactorial de SM+ (Teixeira et al., 2020).

Fatores	Definição
F1 - Satisfação Pessoal	Refere-se à satisfação consigo mesmo (autoconceito/autoestima), com a vida pessoal e com as perspetivas futuras.
F2 - Atitude Pró-Social	Inclui a sensibilidade da pessoa ao seu ambiente social, atitude e desejo de ajudar a apoiar os outros e a aceitação dos outros e factos sociais diferenciais.
F3 - Autocontrolo	Comtempla a capacidade da pessoa para lidar com situações de stress e conflito, equilíbrio emocional e tolerância á frustração, ansiedade e stress.
F4 – Autonomia	Inclui a capacidade da pessoa tomar as suas próprias decisões aplicando os seus próprios critérios, autorregulamento do seu próprio comportamento e mantendo um bom nível de segurança pessoal
F5 - Resolução de Problemas e Auto atualização	Refere-se à capacidade da pessoa tomar decisões e resolver os problemas que a vida acarreta, bem como a capacidade de se adaptar as mudanças, desenvolvendo uma atitude flexível e de crescimento pessoal continuo.
F6 – Habilidades de Relação Interpessoal	Inclui a capacidade da pessoa em comunicar e estabelecer relações interpessoais harmoniosas com o seu ambiente e a capacidade de comunicar sentimentos e dar e receber afeto.

Logo, é fundamental um funcionamento ideal do ser humano, aproveitando ao máximo o seu potencial e adquirindo mestria no controle de emoções e na interação social, de forma a

conseguir lidar com alterações inerentes ao ciclo vital. A SM+ é o estado de funcionamento ideal do ser humano, daí a importância de promover e otimizar as características das pessoas de forma a alcançarem o seu potencial máximo (Nogueira, 2020b).

Para a Ordem dos Psicólogos (2013), uma das principais causas de absentismo e do presenteísmo laboral é a falta de SM. Este facto, permite concluir que sem SM não há saúde e, consequentemente, não há prosperidade económica (Ordem dos Psicólogos, 2013).

A evidência revela que uma das classes profissionais que mais manifesta necessidade de apoio para a aquisição e manutenção de uma SM saudável são os cuidadores formais (Falcão et al., 2020).

Cuidadores formais são pessoas que desempenham a função de prestar cuidados especializados ou no domicílio ou numa instituição, devendo possuir uma formação na área (técnica ou académica) pelo que são remunerados pelos seus serviços (Falcão et al., 2020; Gregório, 2015; Pereira, 2014). São profissionais maioritariamente qualificados, que prestam um cuidado de acordo com a formação e preparação prévia que tiveram e em função do contexto onde se inserem (Pereira, 2014).

Assim, o cuidador formal é enquadrado profissionalmente através das atividades e competências profissionais que lhe são formalmente reconhecidas (Pereira, 2014). Dependendo da função que desempenham numa instituição, os cuidadores formais podem prestar cuidados de duas formas: de ação direta – os cuidadores prestam cuidados diretamente à pessoa apoiando-os nas suas atividades básica e instrumentais de vida diária; ou de ação indireta – os cuidadores apoiam indiretamente as pessoas não lidando com eles de forma direta.

Para além destas, espera-se que o cuidador formal manifeste também competências mais pessoais e emocionais, como a empatia, simpatia e o carinho aquando da prestação de cuidados. No entanto, as referidas competências podem depender do estado de espírito da pessoa ou da perceção que tem da sua vida (Gregório, 2015).

Especificamente, para este contexto, procurou-se caracterizar os cuidadores formais de uma IPSS ou, mais concretamente, de um centro social de serviços de apoio domiciliário a pessoas idosas. Neste caso em concreto, importa saber que a literatura revela que são um grupo profissional que não têm formação específica para o desempenho das suas funções, ao contrário do que era suposto, ou seja, qualificação insuficiente, baixa escolarização, pouco incentivados à formação pelas instituições patronais, pouco acompanhados na integração e aprendizagem da

profissão e onde o modelo de aprendizagem é maioritariamente à base da observação de outros colegas e da sua própria experiência. Para além disso, apresentam-se como um grupo numericamente reduzido para a real necessidade da sociedade, envelhecido, pouco motivados e mal remunerados (Gregório, 2015; Pereira, 2014).

Apesar desta realidade, existem estudos sobre cuidadores formais que apresentam níveis satisfatórios no que diz respeito à satisfação no trabalho, realização profissional e bem-estar psicológico. Contudo são os estudos mais recentes que mostram a realidade inversa (Pereira, 2014). É frequentemente descrita na literatura a complexidade inerente ao cuidar, visto que o cuidador de ação direta, está continuamente em contato com pessoas que se apresentam numa situação de dependência e grande vulnerabilidade física, social e cognitiva. Por conseguinte, é usual que estes cuidadores manifestem sentimentos de angústia, insegurança e desânimo gerando desgaste e sobrecarga (Melo, 2022).

Em suma, os cuidadores formais, sobretudo os que estabelecem uma ação direta com pessoas idosas, pessoas com demência e doenças crónicas do foro físico e mental revelam sintomatologia física e psicopatológica, nomeadamente elevados níveis de stress, sintomatologia depressiva e ansiosa ou perturbações de depressão e de ansiedade e síndrome de *burnout* (Pereira, 2014).

No que diz respeito à **ansiedade**, esta é uma emoção normal e necessária ao ser humano sem a qual a sua sobrevivência seria afetada. Esta emoção, é um mecanismo de proteção ou de defesa a uma situação de ameaça, que permite ao ser humano uma melhor adaptação aos estímulos do exterior. No entanto, a ansiedade é considerada patológica quando surge na ausência de qualquer ameaça, ou numa reação desproporcional face à ameaça, causando disfuncionalidade à pessoa e causando-lhe sofrimento físico e/ou emocional (Ströhle et al., 2018). Assim, as perturbações de ansiedade diferem do medo e da ansiedade adaptativa, por os sintomas/manifestações serem excessivos e persistentes, durando em regra seis meses ou mais (American Psychiatric Association, 2013).

Segundo a OMS em 2019, 301 milhões de pessoas viviam com uma perturbação de ansiedade, incluindo 58 milhões de crianças e adolescentes (World Health Organization, 2022).

Existem vários tipos diferentes de perturbações de ansiedade, tais como: perturbação de ansiedade generalizada (caracterizado por preocupação excessiva), perturbação de pânico (caracterizado por ataques de pânico), perturbação de ansiedade social (caracterizado por medo

e preocupação excessivos em situações sociais), perturbação de ansiedade de separação (caracterizado por medo ou ansiedade excessivos quanto à separação daqueles indivíduos com os quais a pessoa tem um profundo vínculo emocional), entre outras (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2022).

A perturbação de ansiedade generalizada é a mais comuns dos subtipos e as idades adultas são as mais afetadas. Para além disso, as pessoas com perturbação de ansiedade generalizada apresentam frequentemente sintomas de depressão e perturbação de personalidade, mas também agitação, inquietação, irritabilidade, fadiga, dificuldade de concentração, nervosismo, tensão muscular, perturbação do sono, preocupação em excesso. As mulheres apresentam níveis mais elevados desta perturbação que os homens (Boehlen et al., 2020).

Existe uma alta relação de comorbilidade entre as perturbações da ansiedade generalizada, e outras patologias psiquiátricas, nomeadamente a perturbação depressiva. Para além disso as perturbações de ansiedade estão frequentemente associadas, o que torna o tratamento ainda mais complexo e como resultado, as perturbações de ansiedade permanecem muitas vezes subdiagnosticadas e subtratadas (Thibaut, 2017).

Em suma, a ansiedade deve ser considerada como uma emoção, um sinal de alerta para um perigo iminente, que faz com que a pessoa possa reagir face à ameaça percebida. No entanto, quando a ansiedade é excessiva e causa disfuncionalidade, ela pode ser considerada um diagnóstico médico e ser classificado como uma perturbação de ansiedade e dentro deste grupo, num dos seus subtipos (Sequeira & Sampaio, 2020).

Por conseguinte, a ansiedade é referida como um diagnóstico de enfermagem quando existe verbalização de ansiedade, quando a pessoa manifesta sinais e sintomas de ansiedade e quando estes se repercutem na funcionalidade da pessoa. Existem diferentes instrumentos que os enfermeiros têm disponíveis, para se apoiar na avaliação dos diferentes níveis de gradiente do diagnóstico de enfermagem de “Ansiedade”. Estes podem ser; escala de autoavaliação da ansiedade de Zung, desenvolvida por Zung (1971) e tendo sido aferida para a população portuguesa por Ponciano et al. (1982), ou o resultado NOC (Classificação dos Resultados de Enfermagem) “Nível Ansiedade” adaptada por Sampaio et al. (2018), entre outros. Importa referir que se o nível de ansiedade for ligeiro, não configura num diagnóstico de enfermagem, pois não assume critérios de disfuncionalidade para a pessoa (Ponciano et al., 1982; Sampaio et al., 2018; Sequeira & Sampaio, 2020).

Neste domínio da promoção da SM, Teixeira et al. (2020), desenvolveu um **programa de promoção da SM+** tendo por base, o já descrito acima modelo de SM+. O objetivo deste programa é de colmatar a necessidade de promoção da SM. Assim, criou e validou um programa através de um modelo operacionalizado em sessões que possam ser dinamizadas por profissionais de saúde de forma uniforme e idêntica, através de procedimentos standardizados ajustados às necessidades individuais da comunidade/utente (Teixeira et al., 2020).

Neste tipo de intervenção em específico, pretende-se trabalhar com as pessoas sem diagnóstico de SM, mas que possam sentir apenas alguns desequilíbrios num dos fatores da SM+ (Satisfação Pessoal (F1); Atitude Pró-social (F2); Autocontrolo (F3); Autonomia (F4); Resolução de Problemas e Auto-atualização (F5) e Habilidades de Relacionamento interpessoal (F6)), o que poderá, eventualmente, deixá-lo no futuro mais vulnerável. Visto que se trabalha a pessoa sem diagnóstico, ou seja, no domínio da promoção da saúde, neste tipo de intervenção são propostos como focos de enfermagem a “Adaptação”, “Saúde” e “Saúde Comunitária” (Sequeira & Sampaio, 2020).

2.3.2 Justificação da intervenção

Antes de mais é necessário referir que a necessidade de intervenção neste grupo de cuidadores formais de uma IPSS em questão, já tinha sido constatada pela enfermeira tutora e até solicitada pela coordenadora do grupo de cuidadores. Desta forma, com o grupo selecionado e a problemática da intervenção referenciada, foi necessário fazer o diagnóstico da situação e planear a forma de intervenção mais apropriada.

Sabia-se à partida, que neste grupo de cuidadores existiam alguns problemas latentes no que se referia: ao trabalho em equipa e consequentemente às estratégias de resolução de problemas, stress, ansiedade e autocontrolo. Concluindo-se assim, que estes problemas latentes correspondiam a alguns dos fatores descritos no modelo de SM+ e à gestão da ansiedade. Com estes conhecimentos determinou-se a aplicação de dois instrumentos de avaliação: o QSM+ e a Escala de Autoavaliação da Ansiedade de Zung. Para além destes, foi aplicado um questionário sociodemográfico que se encontra em Apêndice 6 – Questionário sociodemográfico cuidadores formais.

O QSM+ desenvolvido por Teresa Lluch-Canut (2003), é um instrumento fiável já validado para a realidade de Portugal por Sequeira et al. (2014). O mesmo tem como fim avaliar o modelo multifactorial de SM+, através de 39 perguntas e são avaliados os seis determinantes de SM; F1 – satisfação pessoal, F2 – atitude pró-social, F3 – autocontrolo, F4 – autonomia, F5 – resolução

de problemas e autorrealização e auto-atualização, F6 – habilidades de relação interpessoal (Sequeira & Sampaio, 2020).

As respostas de cada item são apresentadas numa escala de Likert de 1 a 4, a qual menciona a frequência com que cada afirmação acontece na vida dos inquiridos. Assim, estes deverão responder segundo a frequência que melhor caracteriza o seu caso: (1) Sempre ou quase sempre; (2) Na maioria das vezes; (3) Algumas vezes e (4) Raramente ou nunca. As afirmações podem se encontrar pela positiva ou pela negativa, assim, nos itens positivos o 4 corresponde ao raramente ou nunca e o 1 corresponde ao quase sempre ou sempre. Nos itens de cariz negativo a pontuação é no sentido inverso.

A obtenção de valores baixos do QSM+ está relacionado com níveis superiores de SM+ (limite superior é 39) e valores elevados no QSM+ refere-se a níveis inferiores de SM+ (limite inferior é 156). O mesmo acontece com a pontuação relativa a cada um dos fatores que constituem este constructo. Portanto, interpretamos que a pontuação obtida no somatório do QSM+ é inversamente proporcional à SM+ (Alves et al., 2022). Na Tabela 3, é apresentado os conceitos abordados em cada factor, o respetivo número da questão e a devida pontuação.

Tabela 3- Fatores do modelo de SM+, distribuição dos itens e pontuação QSM+ (Sequeira et al., 2014).

Factor		Inclui	Nº itens	Total
F1	Satisfação pessoal	- Autoconceito / Autoestima - Satisfação com a vida pessoal - Perspetiva otimista de futuro	4,6,7,12,14, 31,38,39	8/32
F2	Atitude pró-social	- Predisposição ativa para o social ou para a sociedade - Atitude social “altruista” ou atitude de ajuda apoio para com os outros - Aceitação dos outros e dos factos sociais diferentes	1,3,23,25,37	5/20
F3	Autocontrolo	- Capacidade para enfrentamento de stress ou de situações conflituosas - Equilíbrio emocional ou controlo emocional -Tolerância à frustração, à ansiedade e ao stress	2,5,21,22,26	5/20
F4	Autonomia	- Capacidade para ter critérios próprios - Independência - Autorregulação da própria conduta - Segurança pessoal ou Confiança em si mesmo	10,13,19,33,34	5/20

ES	Resolução de problemas e autoatualização	- Capacidade de análise - Habilidade para tomar decisões -Flexibilidade ou capacidade para adaptar-se às mudanças -Atitude de crescimento e desenvolvimento pessoal contínuo	15,16,17,27,28,29,32,35,36	9/36
ES	Habilidade de relação interpessoal	- Habilidade para estabelecer relações interpessoais -Empatia ou capacidade para entender os sentimentos dos outros - Habilidade para dar apoio emocional -Habilidade para estabelecer e manter relações interpessoais íntimas	8,9,11,18,20,24,30	7/28
Pontuação Global QSM+ (limite superior/inferior)				39/156

Para avaliar o nível de ansiedade das participantes, foi aplicada a escala de autoavaliação de ansiedade de Zung, como já mencionado, desenvolvida por Zung (1971) e aferida por Ponciano et al. (1982). Esta escala permite avaliar o grau de ansiedade possibilitando, adicionalmente, obter informações relativas a quatro componentes (cognitiva, vegetativa, motora e do sistema nervoso central) (Bobrowicz-Campos et al., 2017; Ponciano et al., 1982).

A escala consiste em 20 itens que traduzem sintomas, dos quais a pessoa deve avaliar para cada um deles, escolhendo uma das quatro opções aquele que melhor se adequa a si: “nenhuma ou raras vezes”, “algumas vezes”, “uma boa parte do tempo”, “a maior parte ou totalidade do tempo”. A cada uma das opções é atribuída uma pontuação que vai desde um a quatro, do menos para o mais ansioso, respetivamente. Assim, quanto mais ansioso estiver uma pessoa maior pontuação que obtêm na escala. A pontuação da escala varia de 20 a 80, dividindo a pontuação obtida pelo valor máximo possível, obtêm-se um índice que representa o grau de ansiedade (Mendes, 2010). A linha de corte de significado clínico, situa-se no valor 37 (Ponciano et al., 1982).

Para além destes dois instrumentos e do questionário sociodemográfico, foi também redigido um consentimento informado para formalizar a intervenção e obter a autorização das cuidadoras para a realização da intervenção, sobre as determinadas condições. Este encontra-se no Apêndice 5 – Consentimento informado a este relatório.

Porque as sessões foram planeadas, no que diz respeito ao conteúdo a abordar, após a análise dos dados recolhidos, neste contexto serão apresentados os dados recolhidos antes do planeamento da intervenção.

2.3.3 Os dados recolhidos

De seguida serão apresentados os dados relativos ao questionário sociodemográfico. A amostra foi constituída por nove elementos do sexo feminino. A média de idades é de 45,8 anos, sendo que a mais nova tinha 22 anos e a mais velha 61 anos. Relativamente ao estado civil 33,3% (n=3) eram casadas, 33,3% (n=3) eram solteiras, 22,2% (n=2) encontravam-se em união de facto e 11,1% (n=1) eram viúvas, conforme o apresentado na Figura 6.

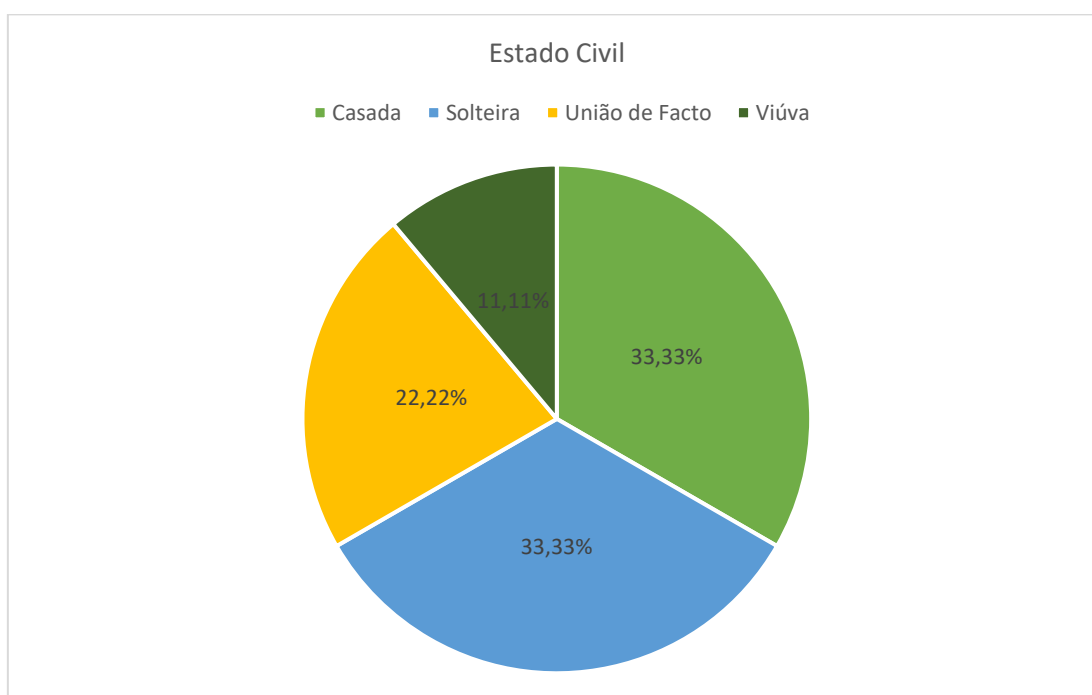


Figura 6- Dados estado civil

Todas as participantes tinham filhos, 77,7% (n=7) tinham um filho e as restantes 22,3% (n=2) tinham dois filhos.

Relativamente aos anos de escolaridade, 22,2% (n=2) das participantes possuíam o 6.º ano, 33,3% (n=3) possuíam o 9.º ano, 33,3% (n=3) das participantes possuíam o 12.º ano, 11,1% (n=1) possuíam um curso pós-secundário não superior. Estes dados encontram-se explanados na Figura 7.

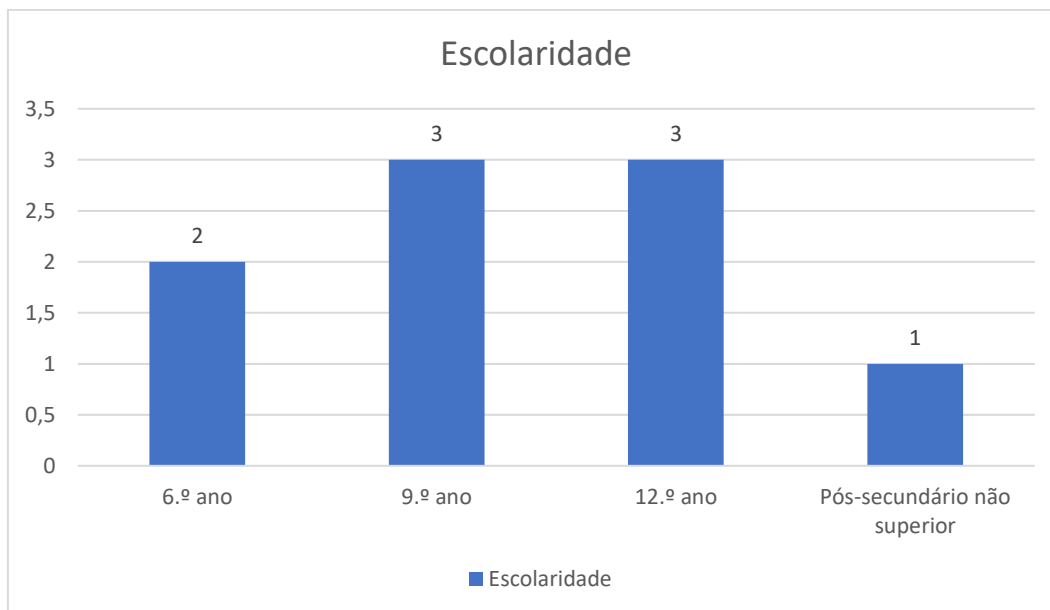


Figura 7- Dados escolaridade

No que se refere ao estado saúde, seis das participantes referiram ter problemas enquanto as restantes três relataram ser saudáveis, não tendo nenhum problema de SM diagnosticado nem referindo a toma de medicação.

Os problemas de saúde identificados pelas participantes foram: ansiedade (n=2), dislipidemia (n=2), síndrome de menière (n=1), hérnia discal (n=1), rinite (n=1) e hipertensão (n=1).

Relativamente aos resultados da aplicação da escala de autoavaliação da ansiedade de Zung, constatou-se que 55,5% (n=5) atinge o nível de ansiedade moderada. Os resultados da aplicação deste instrumento estão explanados na Tabela 4.

Quanto ao QSM+ os resultados revelaram que o grupo apresenta uma boa SM no geral, apesar de terem apresentado alguns fatores com *scores* mais elevados. Os fatores mais vulneráveis foram o F1: Satisfação Pessoal, F3: Autocontrolo, F4: Autonomia e F5: Resolução de Problemas e Autoatualização. A Tabela 4 mostra os resultados da aplicação do QSM+.

Tabela 4- Resultados da aplicação da Escala de Autoavaliação da Ansiedade de Zung e do QSM+

Elementos do Grupo	Escala de Zung	QSM+						
		F1	F2	F3	F4	F5	F6	Total
Elemento 1	31	9	5	8	11	9	13	55
Elemento 2	24	8	7	8	5	15	13	55
Elemento 3	38	15	6	9	8	17	12	67
Elemento 4	35	10	5	7	9	13	13	57
Elemento 5	38	14	7	9	10	11	13	64
Elemento 6	39	18	8	10	12	12	11	71
Elemento 7	34	14	7	13	5	13	11	63
Elemento 8	45	14	6	8	8	11	10	57
Elemento 9	39	11	6	8	7	16	10	58

2.3.4 Planeamento da intervenção

Após a aplicação dos instrumentos de avaliação e consequentemente da sua análise, conclui-se que, apesar de algumas cuidadoras apresentarem ansiedade moderada na escala de autoavaliação da ansiedade de Zung, as mesmas não a consideram disfuncional no seu dia a dia. Neste sentido, não sendo elencado nenhum diagnóstico de enfermagem a estas cuidadoras é elencado o foco de enfermagem de “Saúde”.

Tendo em conta estes dados, foram desenvolvidas intervenções de SM+ tendo como base o Programa de SM+ desenvolvido por Teixeira et al. (2020). As intervenções implementadas apoiam-se neste programa, visto que estas, já apresentam evidência científica que fundamenta a sua utilização. Estas intervenções, procuraram dar resposta aos fatores que se apresentaram mais vulneráveis aquando da avaliação da SM+: F1: Satisfação Pessoal; F3: Autocontrolo; F4: Autonomia e F5: Resolução de Problemas e Autoatualização. Concomitantemente, e porque as cuidadoras formais apresentavam valores moderados de ansiedade, que apesar de ainda funcionais, poderão no futuro tornar-se um foco de doença, caso não sejam capacitadas no imediato, pretendeu-se também, com a implementação destas intervenções diminuir a ansiedade percebida pelas cuidadoras.

No entanto, por uma questão de limitação temporal não foi implementado todo o programa, mas apenas algumas das intervenções de enfermagem individualizadas e centradas nas necessidades das cuidadoras, nele validadas.

O passo seguinte foi a elaboração dos critérios de inclusão, foram eles: a) cognição preservada; b) vontade para participar; c) saber ler e escrever; d) ser cuidador formal na IPSS.

2.3.5 A intervenção de promoção da SM+

Deste modo, foram planeadas as cinco sessões sobre a temática promoção da SM+, onde foram incluídas também as duas sessões de avaliação inicial e final. Para cada sessão existiram objetivos concretos que visaram dar resposta às necessidades do grupo em função dos resultados obtidos da análise dos referidos instrumentos de avaliação.

Como objetivos gerais desta intervenção pretendia-se: a) a promoção da SM+; b) capacitar para o autocontrolo; c) capacitar para a resolução de problemas e autoatualização e d) promover o autocontrolo da ansiedade.

Como já mencionado, a primeira sessão diz respeito à avaliação das cuidadoras, com a aplicação dos referidos instrumentos de avaliação. Na segunda sessão pretendeu-se desenvolver o factor F1 - Satisfação Pessoal, através da atividade “Olhar para o fundo do chapéu” e apresentar o decálogo da SM+ elaborado por Lluch-Canut (2011) a partir do modelo multifactorial da SM+ (Sequeira & Sampaio, 2020), deixando no serviço um póster com o mesmo (Ver Apêndice 7 – Póster “Decálogo de Saúde Mental Positiva”).

Na terceira sessão a temática abordada foi o factor F3 Autocontrolo e a Ansiedade, onde se visou ensinar, instruir e treinar sobre uma técnica de respiração a técnica de respiração 4-7-8. Neste sentido foi elaborado um póster deixado no serviço (Ver Apêndice 8 - Póster “Para acalmar tens que respirar”).

A quarta sessão foi abordada a técnica de resolução de problemas “Eu vejo, eu imagino, eu sinto, eu quero” com o objetivo de desenvolver o factor F5: Resolução de Problemas e Autoatualização. Neste sentido foi elaborado um folheto sobre a mesma que foi disponibilizado a cada uma das cuidadoras (Ver Apêndice 9 – Folheto “Eu vejo, eu imagino, eu sinto, eu quero”).

Por último, na quinta sessão foi realizada a avaliação final através de um questionário com três perguntas de resposta fechada e uma de resposta aberta. As perguntas prendiam perceber se: as cuidadoras sentiam como pertinente a intervenção realizada ou este género de intervenções; se sentiram impacto da mesma na sua SM; se já tinham utilizado alguma das estratégias fornecidas e se as acham úteis e fáceis de aplicar; qual das sessões tinham gostado mais e que outras temáticas gostariam de abordar caso se realizasse outras intervenções de psicoeducação. Este questionário encontra-se no Apêndice 10 – Questionário de avaliação final da intervenção

promoção SM+, para que seja consultado, assim como todos os planeamentos desta intervenção se encontram no Apêndice 11 – Planeamento das sessões de promoção de SM+, deste relatório.

Na impossibilidade de realizar um *follow up*, a enfermeira tutora que acompanhava este grupo de cuidadoras, planeou uma reavaliação da SM+ e da ansiedade das mesmas, para três meses após a intervenção realizada.

2.3.6 Resultados/ Avaliação da intervenção

À semelhança do que aconteceu no contexto de cuidados diferenciados, não foi avaliada a efetividade da intervenção por esta decorrer num curto período de tempo. Deste modo, pretendeu-se antes avaliar, a aceitabilidade da intervenção, através do mencionado questionário final.

Da análise dos dados deste questionário, que vemos na Figura 8, percebemos que todas as cuidadoras sentiram que a técnica de respiração contribuiu para a diminuição da ansiedade (Questão 1.2), que a estratégia de resolução de problemas fornecida pôde ser aplicável facilmente aquando de um conflito (Questão 1.3) e que gostariam de receber mais formações sobre a temática da SM (Questão 1.6).

Quanto à questão se sentiram que a intervenção teve impacto na sua SM (Questão 1.1) quatro disseram que sim e três disseram que não. As mesmas percentagens de respostas são obtidas para a questão se já tinham utilizado algumas das estratégias fornecidas (Questão 1.4).

Apenas uma pessoa considerou que os conteúdos abordados ao longo da intervenção não eram pertinentes para a sua atividade profissional e pessoal (Questão 1.5).

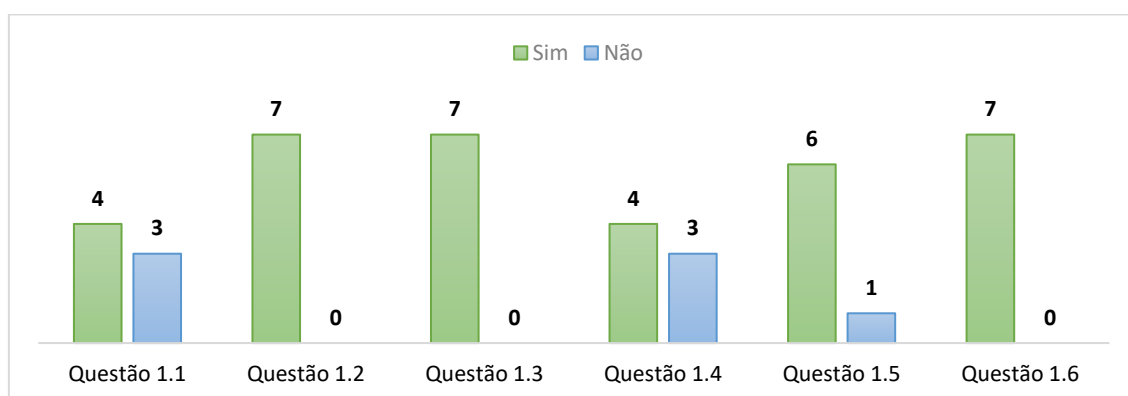


Figura 8- Respostas à questão 1 do questionário de avaliação final intervenção psicoeducacional

Em relação à sessão que as cuidadoras mais gostaram, foi a terceira sessão com 42% das respostas (n= 5), 33% das cuidadoras (n= 4) gostaram da segunda sessão e para 25% das cuidadoras (n= 3) a sessão preferida foi a primeira sessão, tal como esboça o gráfico da figura 9.

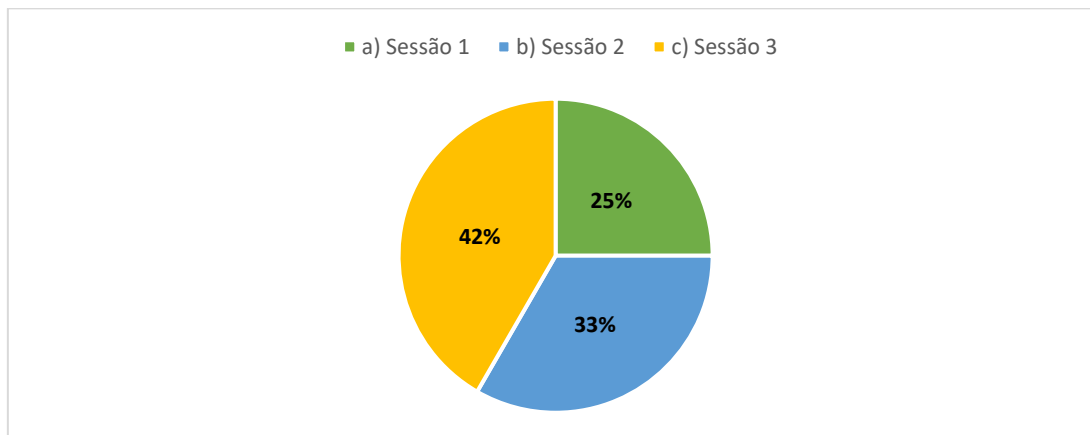


Figura 9 - Respostas à questão 2 do questionário de avaliação final intervenção psicoeducacional

No fim da intervenção, foi nos permitido concluir que as sessões decorram sem intercorrências, foram bem aceites pelas cuidadoras e mostraram uma participação bastante ativa com várias partilhas e o seu planeamento foi cumprido com sucesso. Assim, podemos admitir que os objetivos da intervenção foram alcançados.

2.3.7 Conclusão/ Reflexão crítica

A partir dos resultados do questionário final, foi permitido tirar algumas conclusões. De notar, que as cuidadoras que admitem que a intervenção não teve impacto foram as mesmas que responderam que ainda não tinham utilizado nenhuma das estratégias. Este facto permite inferir que têm um efeito causal, ou seja, apesar de terem adquirido o conhecimento não o implementaram, isto é, não o aplicaram o que faz com que efetivamente a intervenção não tivesse impacto nas suas vidas. Este dado também nos coloca a questão sobre o porquê de não terem aplicado nenhuma das estratégias fornecidas, não houve oportunidade, não houve retenção do conhecimento ou precisariam ainda de reforçar o conhecimento ou crenças que têm sobre a importância da SM para ficarem mais sensibilizadas para esta questão?

O que se conclui também, e que é uma questão de extrema importância sublinhar, é a necessidade de aumentar a literacia em SM. Neste caso, a prova disso, é que uma das cuidadoras acredita que os conteúdos abordados ao longo das sessões não são pertinentes para a sua atividade profissional e/ou pessoal. A partir de tudo que já foi explanado ao longo deste relatório, não restarão dúvidas da importância da SM, sem ela não há saúde!

Conclui-se assim que mais intervenções de psicoeducação são necessárias às comunidades e mais urgente ainda, a profissionais da área social e da saúde, que contactam diretamente e diariamente com pessoas com necessidades complexas, como é a pessoa idosa. A agravar, estas cuidadoras vivem também as suas próprias transições de vida enquanto pessoas inseridas nas suas famílias e comunidade. Assim, e com este caso em específico como exemplo, sugere-se a execução de intervenções sobre literacia em SM. Apesar deste facto, é importante dizer que, a maioria das cuidadoras ficou sensibilizada com os assuntos abordados e já tentou utilizar algumas das estratégias fornecidas.

O grupo de forma geral verbalizou a importância de momentos como este, onde há espaço para a catarse. Afirmaram ter sido importante para elas partilhar com as colegas situações vivenciadas e que foram mais difíceis de gerir. E mais do que isso, dizem que o *feedback* das próprias colegas após esses momentos de partilha foi surpreendente pela empatia que demonstravam umas com as outras. Por vezes, as relações que estabelecem entre si são conflituosas, mas o facto de terem encontrado um espaço de abertura e de calma permitiu adquirirem outra perspetiva das coisas. O grupo revelou sentir-se mais coeso e mais forte após a intervenção.

3. Análise reflexiva da aquisição das competências enquanto EESMP

De acordo com McCance e McCormack (2016) um profissional competente possui conhecimentos, habilidades e atitudes para negociar opções de cuidados que fornecem efetivamente cuidados holísticos e centrados na pessoa. Para Sundberg (2001) citado por McCance e McCormack (2016), quando se fala de uma abordagem holística para desenvolvimento de competências, necessitamos de entender a competência como o **conhecimento**, aquilo que aprendemos no ensino superior, a **experiência**, aquilo que encontramos nos contextos de trabalho e as **habilidades** para usar o conhecimento e a experiência.

3.1 Competências específicas do EESMP

No entanto, importa referir que as competências adequadas e relevantes para os profissionais estão refletidas nos regulamentos de competências dos órgãos reguladores de cada profissão. Assim, as competências essenciais para a prática da ESMP são legisladas pelo Regulamento n.º 515/2018, Regulamento de competências Específicas do EESMP aprovado pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

Na especificidade da prática clínica do EESMP são as competências de âmbito psicoterapêutico que permitem fazer a distinção dos cuidados para as restantes áreas de especialidade.

“Durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, essa especificidade permite desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 21427)

Desta forma, nesta parte do relatório será apresentada uma reflexão sobre o processo de aprendizagem e sobre o desenvolvimento das competências necessárias para o EESMP. O mesmo, reflete as habilidades desenvolvidas para adequar os conhecimentos adquiridos ao longo de todo o percurso académico, nomeadamente nas UCs frequentadas, às experiências vivenciadas nos diferentes contextos de estágios, o que permitiu tornar os cuidados prestados, numa boa experiência de cuidados para todas as partes envolvidas.

As competências específicas do EESMP são as seguintes:

- a) “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
- c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;
- d) Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.”

(Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 21427)

A cada uma destas competências é apresentada com o respetivo descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação, permitindo uma maior clarificação das aptidões necessárias. Os mesmo não serão apresentados no trabalho, mas foram sendo abordados ao longo das reflexões.

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

Para esta primeira competência é preconizado o autoconhecimento e a autoconsciência, assim como o desenvolvimento pessoal e profissional. Entende-se que a busca do desenvolvimento pessoal é um contínuo e que a abertura para o questionamento de quem somos enquanto pessoas, aumenta o nosso autoconhecimento.

Para a autora, na sua vida pessoal, esses questionamentos permitem-na observar e refletir sobre o seu sistema de crenças, valores, sentimentos, emoções e padrões de pensamento. Essa análise, deu-lhe acesso ao conhecimento de si e permitiu adquirir mais consciência de quem era, ou talvez de quem queria ser, o que lhe deu o poder de reconfigurar esses sistemas. No entanto, acredita-se que o autoconhecimento ou o desenvolvimento pessoal não é um

acontecimento, mas sim um processo que se desenvolve através da nossa experiencição enquanto pessoas e nas nossas relações connosco e com os outros.

O autoconhecimento permite o EESMP conhecer os seus limites, as suas barreiras e ter consciência de si durante a relação terapêutica com a pessoa, ou seja, mais facilmente pode identificar no momento, as suas próprias emoções, sentimentos crenças e valores que poderão interferir negativamente na relação com a pessoa. Estar desperto para isto, ajuda o EESMP a estar mais vigilante e consciente das suas reações corporais e emocionais, fomentando uma relação terapêutica eficaz.

A prática clínica do EESMP engloba não só a mobilização de competência psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa, mas também a excelência relacional e a mobilização de si enquanto instrumento terapêutico. Esta abordagem “permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 17034).

Daqui depreende-se o quanto é importante a relação terapêutica, sob uma vertente holística de valorização da pessoa e capacitação para o seu papel na tomada de decisão. É neste contexto de relação terapêutica que se dão os mecanismos de transferência e contratransferência. É importante que o EESMP consiga gerir de forma eficaz os mesmos, pois quando assim é, eles podem fornecer *insights* importantes. Neste sentido, a facilitação desta gestão dá-se quando o enfermeiro possui algum autoconhecimento.

Ao longo dos estágios, enquanto EESMP, foram vários os momentos de reflexão e discussão, e onde, por vezes, houve necessidade de fazer-se uma gestão emocional para não deixar transparecer no comportamento do profissional, alguma emoção reprimida. Pois, apesar de tudo, antes de ser profissional, o EESMP é um ser humano e é inevitável que não se deixe mexer internamente por algumas histórias, ou por comportamentos mais exuberantes. Mas naquele momento “veste-se uma farda” que por vezes funciona como armadura entre o ser pessoal e o ser profissional.

Reconhece-se que a este nível, o mais desafiante foi o contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação aguda da doença e em especial a execução da reestruturação cognitiva. Foram determinantes as reflexões realizadas com a enfermeira tutora, sobretudo na gestão dos mecanismos de transferência e contratransferência.

Neste contexto, a pessoa alvo da intervenção apresentava um padrão de pensamentos negativos, que a própria autora, por vezes, ainda reconhece em si. Assim, foi crucial para a autora, não se espelhar ou identificar com esses pensamentos, no entanto, foi neste ponto que as reflexões com a enfermeira tutora foram importantes. Estas, permitiram-na descolar daquele mecanismo de contratransferência ineficaz para criar elos de entendimento do sofrimento da pessoa, mas sem o perceber como seu. Foi-lhe permitido perceber, que quando o conseguiu fazer, foi um instrumento terapêutico que permitiu à pessoa olhar para si mesma.

Em suma, tal como já referido, entende-se o desenvolvimento pessoal e profissional como um processo, um caminho em direção ao mundo interno de cada pessoa. Nesta lógica, acredita-se ser essencial, que, para cuidar do sofrimento do outro o EESMP deve conseguir ter algum amadurecimento primeiro de quem é enquanto pessoa, sendo este um processo diário e constante.

A experiência da autora, leva-a a acreditar que o desenvolvimento pessoal e o autoconhecimento são promotores da SM. Quanto à vertente da promoção da SM, parece essencial à autora, que para ela educar as pessoas sobre SM e ainda mais na vertente da SM+, é importante que esta, a utilize como recurso para si. Só assim, os seus conhecimentos estarão de acordo com a suas experiências e habilidades, o que permitirá às pessoas que esta cuida, que reconheçam através dela, a importância para cuidar da sua própria SM.

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

O enfoque desta competência reside na avaliação inicial, ou seja, a recolha de dados necessários e pertinentes à compreensão das necessidades de intervenção, no sentido da promoção e proteção da SM e a prevenção da perturbação mental.

“A avaliação em enfermagem de saúde mental, guiada pelo conhecimento de enfermagem relativo ao comportamento humano e aos princípios do processo de entrevista clínica de enfermagem de saúde mental, sintetiza informação obtida através de entrevistas, observação do comportamento, análise de outros dados disponíveis, e está na base da construção do diagnóstico de enfermagem, que é validado com o cliente.” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 17034).

Durante os estágios, foi essencialmente com recurso à entrevista clínica que se procedeu à recolha dos dados, pois esta interação comunicativa permite ao EESMP organizar um processo de observação e de obtenção de informação. Através dela é possível identificar, clarificar e caracterizar os focos de enfermagem e a consequente elaboração dos diagnósticos de enfermagem (Sequeira, 2016).

Por este motivo, o desenvolvimento desta competência é essencial ao EESMP. Assim, foi importante adotar ferramentas e estratégias que facilitassem a preparação e execução das entrevistas clínicas, de uma forma planeada e enquadrada às necessidades da pessoa, cuidador e família. O modelo de cuidados centrados na pessoa tem aqui um papel fulcral que é enfatizado pela comunicação terapêutica, técnica que consiste em utilizar competências comunicacionais para ajudar a pessoa “a ultrapassar o stress temporário, lidar com outras pessoas, ajustar-se ao inalterável e ultrapassar os bloqueios psicológicos que se opõem à autorrealização” (Sequeira, 2016, p. 241).

Desta forma, a entrevista clínica desenvolve-se num contexto de confiança mútua, sendo fundamental incluir técnicas como a empatia, consideração positiva e congruência e onde a pessoa é colocada no centro dos cuidados para que a tomada de decisão seja partilhada, tendo em conta o seu contexto e a suas preferências. Para tal, o EESMP deve desenvolver características como a abertura para a integração de todas as dimensões da pessoa, envolver-se com ela a nível cognitivo e emocional, no sentido de recuperar a sua integridade e fazer uso da sua intuição de forma consciente para ajudar a pessoa a perspetivar um novo significado para o seu sofrimento (Sequeira, 2016).

Foi com base nestes princípios que se realizaram entrevistas clínicas e acredita-se que foi a partir delas que os elos de relação terapêutica se começaram a estabelecer de forma muito sustentada. A autora, sente ter uma apetência natural para ouvir o outro com alguma sensibilidade e respeito pela sua natureza e essa apetência facilita-a na utilização da escuta ativa. A elaboração dos guiões de entrevista ou a utilização dos mesmos, quando já existentes na instituição, foram essências para as conduzir e poder fazer a recolha sistematizada dos dados, para se estabelecer um diagnóstico de enfermagem.

Ao longo de todo o estágio, as entrevistas clínicas foram se realizando com alguma frequência, inicialmente com uma supervisão da tutora, mas gradualmente, a confiança e segurança sentida pela autora para as realizar foi se afirmando, o que permitiu que esta as comesse a realizar de forma autónoma. De referir que esta segurança e autonomia se sustentou na correta avaliação

e, conseqüentemente, na recolha de dados que sustentavam a formulação dos diagnósticos de enfermagem, bem como no planeamento e execução das intervenções adequadas para cada caso clínico.

3.1.3 Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.

Esta competência encontra-se intimamente ligada à precedente pois, no fundo, ambas remetem para o processo de enfermagem e estão no seguimento uma da outra. Se na primeira o enfoque é na avaliação de enfermagem, esta prende-se com a “sistematização, análise dos dados, determinação do diagnóstico de saúde mental, identificação dos resultados esperados, planeamento, desenvolvimento e negociação do plano de cuidados com o cliente e a equipa de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 21428).

Durantes os estágios, para fundamentar o pensamento clínico, e conseqüente formulação dos diagnósticos e tomada de decisão em relação às intervenções de enfermagem planeadas e executadas, bem como os objetivos e resultados a atingir, houve sempre uma reflexão com a enfermeira tutora. Estas reflexões eram importantes para discutir as intervenções e definir os objetivos e os resultados, mas sobretudo para validar a linha de pensamento seguida pela autora. Pois, apesar de se ter sempre procurado a melhor evidência científica para fundamentar o processo de tomada de decisão e o planeamento das intervenções, nem sempre é fácil ajustá-la com as necessidades reais das pessoas, às suas preferências e aos recursos de cada contexto.

Foi no primeiro contexto que surgiram as maiores dificuldades e dúvidas quanto ao planeamento e execução da intervenção de EC. As discussões entre enfermeiras tutoras, equipa de enfermagem, chefias e orientadores, foram uma mais-valia para a operacionalização das intervenções e que, como em todos os processos, à medida que estas eram planeadas ou implementadas, foram-se adquirindo mais capacidades e competências para o fazer. Por esta razão, nos contextos clínicos seguintes confiança para a tomada de decisão e implementação das intervenções era maior, mais segura e mais fundamentada.

O sistema operativo utilizado para o contexto de cuidados diferenciados e contexto comunitário foi o S.Clínico hospitalar e comunitário respetivamente. E para o contexto de cuidados de internamento de pessoas em fase de descompensação aguda da doença o MedicineOne. Em todos os sistemas existem ainda necessidades de atualização e melhoramento da parametrização e, nesse sentido, tentou-se sempre dar o melhor contributo para a melhoria dos mesmos. A autora sentiu, que foram sempre recetivos e as suas sugestões foram bem aceites

pelas equipas, provocando algumas discussões em serviço para a melhoria dos registos realizados.

O modelo de gestão de caso era utilizado em quase todos os contextos o que permitiu implementar planos de cuidados holísticos e personalizados, mobilizando todos os recursos existentes na equipa de saúde. Ficam aqui alguns desses exemplos: no primeiro contexto de estágio, a partir da entrevista realizada a uma CF e tendo sido avaliada a presença de humor depressivo, sobrecarga do cuidador e percecionada sintomatologia depressiva, e ainda assim apesar de esta não ser utente da instituição, mas sim o seu marido, a cuidadora foi referenciada à equipa médica. Consequentemente, houve necessidade de referenciar a pessoa internada ao serviço social para que se pudessem averiguar as respostas sociais para o momento da alta. Quanto ao segundo contexto de estágio, internamento de pessoas em fase de descompensação aguda da doença, frequentemente foram realizados encaminhamentos para a equipa de psicologia e encaminhamento para a RNCCI.

A metodologia de gestão de caso, revelou-se bastante importante e com vantagens para o EESMP permitindo aprofundar a visão mais holística incentivada pelos cuidados centrados na pessoa. Esta foi a metodologia mais utilizada durante os estágios e permitiu a consolidação dos conhecimentos adquiridos aos longa das UCs.

3.1.4 Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

No que diz respeito a esta quarta competência, ela vem no seguimento das precedentes, só podendo ser desenvolvida se as anteriores já o tiverem sido. Ela foca-se na mobilização de intervenções psicoterapêuticas, socio-terapêuticas e psicoeducacionais com a finalidade de

“ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere. Envolve as capacidades do enfermeiro para interpretar e individualizar estratégias através de atividades tais como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 21430).

Como já referido neste relatório para cada contexto foi realizada uma intervenção complexa no âmbito da SM, elas foram a EC, a reestruturação cognitiva e a intervenção de promoção da SM+. Estas foram sempre planeadas tendo em conta o maior nível de evidência disponível à altura, mas a literatura é também, ainda pouco específica sobre a efetividade de algumas intervenções. Neste sentido, procurou-se que as intervenções fossem baseadas em programas ou modelos já existentes adaptando-as, muitas vezes, às limitações dos contextos e do cronograma.

No que diz respeito à EC, optou-se por uma intervenção de grupo, onde os diferentes elementos apresentavam um nível cognitivo semelhante e necessidades similares. As intervenções foram planeadas, tendo por base um programa de EC validado. Atendendo ao facto de esta intervenção ter sido avaliada com uma grelha observacional, não foi possível objetivar melhorias nos domínios cognitivos trabalhados, mas pelo comportamento e envolvimento das pessoas ao longo da EC, é nos permitido antever que, caso a intervenção perdura-se no tempo, muito possivelmente iriam existir ganhos em alguns destes domínios.

Quanto a intervenção psicoterapêutica de reestruturação cognitiva, esta tratou-se de uma intervenção planeada, estruturada, sequenciada e progressiva. Por não existir nenhum programa validado, foi utilizado o modelo das intervenções psicoterapêuticas de Sampaio et al. (2018), fazendo-se recurso ao fazendo recurso ao procedimento da reestruturação cognitiva explanado por Santos et al. (2020) e utilizando-se a estratégia do registo diário de pensamentos. Neste caso em questão, compreende-se que todo o processo de planeamento e implementação decorreu com sucesso, pois foi atingido o objetivo principal da intervenção. Apesar de não haver nenhuma escala que avalie a funcionalidade do pensamento, é possível através da técnica utilizada e mediante o que a pessoa verbalizou ao longo das sessões, constatar a capacidade para a automonitorização do seu próprio pensamento. A autora acredita, que a relação terapêutica estabelecida com base na comunicação terapêutica, foi determinante para este fim, pois a pessoa conseguiu comprometer-se na realização das atividades fora das sessões e, assim, ganhar confiança nas suas próprias capacidades. Acredita-se que esta intervenção teve ganhos em saúde, pois nas últimas sessões a pessoa era capaz de detetar os seus pensamentos disfuncionais e corrigi-los para pensamentos mais realistas.

A intervenção comunitária foi dirigida para a promoção da SM+ a um grupo populacional que tem uma alta propensão para desenvolver problemas do foro mental pelo tipo de trabalho que desenvolvem. Deste modo, foi pertinente direccionar o foco da intervenção para atitudes e comportamentos salutogénicos. Neste caso, foi uma intervenção delimitada no tempo

estruturada em sessões, focada na atualidade e na técnica de resolução de problemas, incidindo nos fatores da SM+ onde as cuidadoras se encontravam mais vulneráveis. Desta forma, esta intervenção foi baseada no programa de promoção de SM+. Será interessante perceber se no *follow up* que será realizado no futuro pela enfermeira tutora, haverá melhorias em algum dos domínios avaliados no QSM+. No entanto, a curto prazo, algumas das cuidadoras referiram já ter utilizado algumas das estratégias instruídas.

Em suma, é possível concluir que as intervenções foram pertinentes e melhoraram de alguma forma a qualidade de vida destas pessoas. O processo de aquisição de competências foi um processo gradual de maturidade e de construção de um corpo de saberes, no que diz respeito à operacionalização dos saberes teóricos à prática e às necessidades de cada pessoa e seu contexto. Houve certamente uma integração gradual de um conjunto de habilidades e por este motivo, ao longo dos estágios, a capacidade e facilidade na aplicabilidade de cada intervenção foi crescente tendo-se atingido um grau de mestria para estas competências.

Assim, analisando todas estas intervenções desenvolvidas, acredita-se ter conseguido implementar intervenções psicoterapêuticas, socio-terapêuticas e psicoeducacionais ajustadas às necessidades das pessoas, mediante os contextos onde se encontraram inseridas, sendo que todas foram bem fundamentadas e justificadas. Apesar de nem sempre ter sido fácil encontrar a melhor evidência científica, fez-se recursos a intervenções utilizadas em programas já validados com um certo nível de robustez. E, por fim, os resultados foram positivos e permitiram sempre algum tipo de ganho em saúde.

3.2 Competências comuns ao EE

Concomitantemente, foi possível desenvolver também, as competências comuns ao EE. As competências comuns do EE encontram-se legisladas no Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e reconhecem as competências científicas, técnicas e humanas comuns a todos os EE para prestar cuidados diferenciados dentro da sua área de especialidade. Existem quatro domínios de competência e para cada estão determinadas as competências necessárias, que passo a apresentar.

A) Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:

A1) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;

A2) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

B) Domínio da melhoria contínua da qualidade:

B1) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica

B2) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua

B3) Garante um ambiente terapêutico e seguro

C) Domínio da gestão dos cuidados:

C1) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde

C2) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados

D) Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais:

D1) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

D2) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

Algumas destas competências estão intimamente ligadas às competências específicas do EESMP e, portanto, já foi explicada a justificação da sua aquisição, nomeadamente a que diz respeito ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Quanto ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, entende-se que elas são intrínsecas a qualquer cuidado prestado por um enfermeiro e considera-se que todas as intervenções realizadas respeitam os princípios da ética, o respeito pelas normas legais e pelos códigos deontológicos da profissão associados sempre a um profundo respeito pelos direitos humanos.

Através da avaliação das necessidades da pessoa, do planeamento, execução e avaliação das intervenções e das propostas melhoria que se foram realizando ao longo dos diferentes contextos de estágio, como já referido, garante-se um papel dinamizador na área da governação clínica, na melhoria contínua, liderando, gerindo e otimizando as respostas da equipa de saúde.

Para este fim, muito contribuíram também as UC lecionadas ao longo do mestrado e que garantiram aquisição de conhecimentos neste âmbito. Desta forma, é permitido afirmar que foram desenvolvidas e adquiridas as competências comuns do EE no domínio da melhoria contínua da qualidade e da gestão de cuidados.

No Apêndice 12 - Relação de competências específicas do EESMP com os objetivos, atividades, resultados e competências do EE, encontra-se as tabelas onde se relaciona o desenvolvimento das competências específicas do EESMP com os objetivos, atividades realizadas e resultados obtidos, bem como a sua relação com a aquisição das competências comuns do EE.

Pelo exposto ao longo de toda esta análise reflexiva, é permitido afirmar que foram auferidas as competências específicas do EESMP e as competências comuns ao EE.

CAPÍTULO II – MAPEAMENTO, ANÁLISE E SÍNTESE

4. Programas de capacitação dos cuidadores familiares

4.1 Introdução

A SM é fundamental ao bem-estar de qualquer ser humano na medida em que é a base para uma vida feliz, realizada e produtiva. Atualmente, existe uma grande necessidade de se falar da SM da população, devido aos estilos de vida adotados pelas sociedades modernas. As exigências profissionais e sociais são cada vez mais elevadas, sendo causadores de uma grande sobrecarga e stress psicológico.

De acordo com o relatório *Health at a Glance* (2018), da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), afirma que 18,4% da população portuguesa sofre de uma doença mental, onde se inclui ansiedade, depressão ou problemas com o consumo de álcool e drogas, tal como representa a Figura 10 (OECD/EU, 2018).

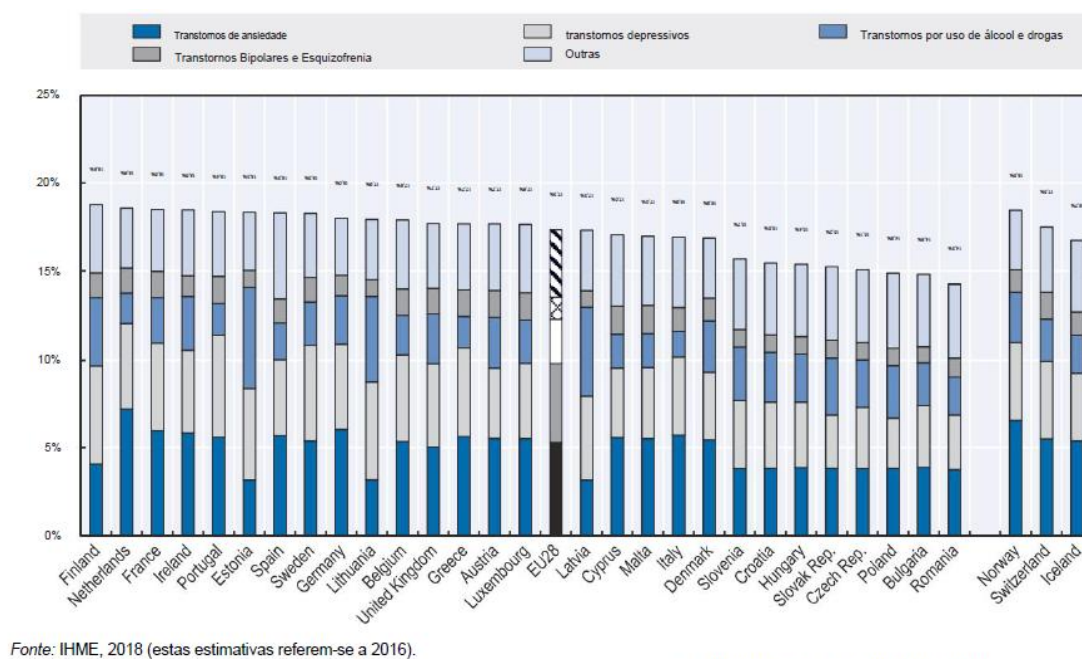


Figura 10 - Problemas de SM da União Europeia (OECD/EU, 2018)

A estes dados, podemos aliar o crescente envelhecimento da população e por consequência, o aumento da incidência e prevalência de doenças próprias destas faixas etárias e ainda o aumento da dependência física. Segundo dados de 2021, em Portugal, 24.3% da população residente tem mais de 65anos e segundo o relatório da *Health at a Glance* 2019, mais de 20 em

cada 1000 pessoas têm uma demência diagnosticada, estimando-se que em 2050 esses números passem para 40.5 em cada 1000 pessoas (OECD, 2019; PORDATA, 2023).

Qualquer pessoa ao longo da sua vida, terá algum nível de afetação da sua SM, seja pela vivência de uma doença mental ou pelo contacto de um familiar ou amigo que vivencie um problema de SM crónico ou agudo (OECD/EU, 2018). A pessoa que sofre um problema de SM, apresenta algumas limitações e inabilidades para realizar as suas tarefas do dia-a-dia, ficando mais dependente de ajuda, o que exige dos seus familiares um maior cuidado para satisfazer as suas necessidades (Carvalho et al., 2020).

Regra geral, é a família que assume a assistência na prestação de cuidados diretos e indiretos aos seus familiares. A escolha do cuidador está intimamente ligada à proximidade física, ou seja, com quem a pessoa que requer cuidados coabita, ou com quem passa a residir, o que faz com que normalmente existam laços afetivos, conjugal ou filial (André, 2014).

A transição para o papel de cuidador, implica uma mudança na estrutura e dinâmica familiar, assim como uma alteração dos papéis familiares que desempenham. É um processo complexo que envolve muitas variáveis, influenciando-se mutuamente, tanto da parte do cuidador, como da pessoa dependente, mas também do contexto onde estes se inserem. De realçar ainda, que este processo pode passar por diferentes fases ao longo de todo o processo dos cuidados (Sequeira, 2018).

O CF, necessita de conhecer mais do que as questões sociais, económicas e biológicas, ele precisa também, de aprender a lidar com cada patologia e com as implicações da mesma. Este facto pode ser um grande problema, pois a maior parte dos cuidadores familiares não possui nem a informação suficiente, nem as capacidades necessárias para o cuidar, ou tão pouco o suporte social e emocional adequado (Carvalho et al., 2020; Sousa, 2017).

Sequeira (2018), afirma que o CF necessita de adquirir/ desenvolver várias competências para executar o seu papel de cuidador. A primeira competência está relacionada com a cognição, ou seja, a informação e conhecimento que o cuidador deve ter. A segunda competência, está relacionada com o saber fazer, ou seja, a habilidade instrumental e mestria do cuidador. E finalmente, a terceira competência, relaciona-se com o suporte, isto é, o cuidador deverá saber relacionar-se e cuidar-se (Sequeira, 2018).

A presença de um membro da família dependente acarreta um desgaste para o cuidador pelo cansaço físico e psicológico, levando-o à sobrecarga. Também a exposição a fatores de stress

significativos onde não existem estratégias de resolução de problemas eficazes, relaciona-se negativamente com o estado psicológico do cuidador. Este facto, fará com que o cuidador valorize muito mais os aspetos negativos do processo de cuidar, do que os positivos e acredite que esta tarefa lhe traz muito menos que o esperado (Correia, 2019).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística, em 2019, Portugal apresentava mais de 1 milhão de cuidadores familiares, o que representa um contributo positivo não só para a pessoa que cuida, mas também para a economia do país (Instituto Nacional de Estatística, 2020). A inexistência ou incapacidade do cuidador para exercer o seu papel, implica que a prestação dos cuidados recaia sobre as instituições de saúde às quais se associam inevitavelmente custos acrescidos para todos (Sequeira, 2018). Reafirma-se deste modo a necessidade crescente de assistência a estes cuidadores.

Na área da ESMP, grande parte desta assistência fornecida ao CF, passa pela implementação de intervenções psicoeducacionais, pois favorecem o ajuste pessoal do cuidador à situação, aumentando a sua capacidade de cuidar e facilitando a adaptação ao exercício do papel de cuidador. Estes programas surgem como uma intervenção que capacita o CF para o seu papel e dotam-nos de capacidades e competências para prestarem cuidados de qualidade aos seus familiares (André, 2014; Sousa, 2017). Para Sequeira e Sampaio (2020), a intervenção psicoeducacional é uma forma específica de educação para a SM que tem como foco as atitudes e os comportamentos de saúde. Deste modo, esta intervenção visa dotar as pessoas de conhecimentos através de uma componente educativa e de uma componente de suporte emocional através da gestão de emoções e das expectativas, entre outras. Segundo estes autores, esta intervenção deve ser enquadrada e limitada no tempo, estruturada em sessões, com recurso à técnica de resolução de problemas. O foco da intervenção deve incidir fundamentalmente na capacitação através da transmissão de conhecimento teórico ou prático, com objetivo de melhorar a literacia em SM da pessoa, família ou comunidade. A psicoeducação dá resposta aos diagnósticos de enfermagem de “Conhecimento diminuído” (da pessoa, família, cuidador ou comunidade), “Papel de cuidador comprometido”, “Stress do cuidador” (Sequeira & Sampaio, 2020).

No entanto, a informação sobre os diferentes programas de intervenções psicoeducacionais dirigidas ao CF é dispersa, o que dificulta a prática baseada na evidência e os cuidados de enfermagem centrados na pessoa. Na disciplina de Enfermagem, a prática baseada na evidência é definida como o processo em que o enfermeiro toma decisões utilizando o melhor

conhecimento disponível no momento, adequando-o à a sua própria experiência profissional, às preferências da pessoa e família, ao contexto e aos recursos disponíveis. Este método, constitui uma forma coerente, segura e organizada de estabelecer as intervenções, garantindo os melhores resultados e otimizando os recursos disponíveis, de acordo com a participação ativa de todos os envolvidos nos processos terapêuticos e de tomada de decisão (Peixoto et al., 2016).

Em suma, o que na realidade acontece é que, estes programas não são conhecidos pelos possíveis facilitadores dos mesmos e, por este motivo, são constantemente elaborados e implementados novos projetos de intervenção sem a devida evidência científica, nomeadamente pelos enfermeiros nos seus processos formativos, como é exemplo a especialização em ESMP.

Pelo exposto, denota-se a necessidade de realizar um mapeamento e compilação e respetiva análise dos programas direcionados ao CF da pessoa com patologia do foro mental ou psiquiátrica. Assim, este estudo tem como objetivo fazer uma síntese dos programas psicoeducacionais ou de capacitação do CF de uma pessoa com patologia do foro mental e /ou psiquiátrica, em que existe uma participação ativa do enfermeiro generalista e/ou EESMP na elaboração e/ou implementação do mesmo.

4.2 Metodologia

Neste estudo foi realizado um mapeamento, cumprindo as principais diretrizes de uma *Scoping Review*, no entanto por uma questão de limitação de tempo e pelo próprio processo de aprendizagem, restringiu-se a pesquisa ao contexto português.

A primeira etapa, prende-se com a formulação do título representativo dos principais elementos do mapeamento e posteriormente foi traçado o objetivo do estudo e elaborada a questão de investigação, que incorpore a mnemónica PCC (P – população; C – conceito; C – contexto).

Na segunda etapa, foram definidos os critérios de inclusão e exclusão. Já na terceira etapa foram realizadas pré-pesquisas para conhecer o estado da arte sobre a temática. Ainda nesta fase, foram eleitas as bases de dados, definidos os termos MeSH e termos não MeSH a utilizar. Após isso, procedeu-se à pesquisa efetiva no Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e a bases de dados *CINAHL* do motor de busca da EBSCO *host*, elaborando as equações de pesquisa.

A análise e seleção dos artigos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão foi a quarta etapa realizada para este mapeamento e onde foi elaborado um fluxograma representativo da

mesma. Ainda nesta fase, foram extraídos e organizados os dados relevantes dos artigos selecionados.

As últimas etapas deste estudo estão relacionadas com a discussão dos resultados, identificação das limitações das fontes de pesquisa e são apresentadas as conclusões que permitiram dar resposta aos objetivos e questões deste mapeamento, apresentando a sua implicação para a prática.

4.2.1 Questões de Investigação

Desta forma, a questão de investigação deste estudo é “Quais os programas psicoeducacionais ou de capacitação ao CF da pessoa com patologia do foro mental e /ou psiquiátrica em Portugal?”. Para complementar o estudo e a análise da evidência encontrada foram realizadas as seguintes subquestões: a) “Qual o nível de validação dos estudos que deram origem aos programas?”; b) “Quais os principais objetivos, características e conteúdos dos programas?”?

4.2.2 Critérios de Inclusão e Exclusão

População

Neste estudo, foram considerados todos os CF do sexo feminino e/ou masculino, que cuidem de uma pessoa adulta com uma patologia do foro mental e/ou psiquiátrica, que tenham idade superior a 18 anos e com qualquer nível de escolaridade.

Frequentemente os CF são um membro da família ou alguém muito próximo da pessoa, que na maioria das vezes se responsabiliza de forma direta pela totalidade dos cuidados (Sequeira, 2018). Na literatura consultada, é ainda usual estes serem definidos como cuidadores informais, prestador de cuidados ou cuidador principal.

Conceito

Foram incluídos para este estudo, todos os artigos que abordem programas psicoeducacionais ou de capacitação elaborados ou implementados pelo enfermeiro generalista e/ou EESMP que capacitem o CF em domínios da SM ou psiquiátrica. Todos os programas encontrados foram incluídos no estudo independentemente do nível de evidência para a sua construção e execução, ou do nível de eficácia avaliada após implementação. Assim, tendo em conta a metodologia das intervenções complexas de Craig et al. (2012) e Skivington et al. (2021), os programas foram categorizados em três níveis de validação; frágil, moderado e robusto.

Nesta ótica, um programa foi considerado frágil quando a fundamentação teórica com base na evidência carecia de pelo menos uma revisão da literatura sustentada, pelo que as seguintes fases, mesmo ainda que realizadas com rigor, poderão estar comprometidas. No que diz respeito ao nível de validação moderado, o programa foi assim classificado quando existia uma revisão da literatura sustentada e se apresentava com base num desenho de estudo experimental com pré-teste, pós-teste. Para um nível de validação robusto todas as etapas anteriores deverão ser realizadas com rigor metodológico acrescentando de técnicas de validação do tipo *focus group* ou estudo de *delphi*.

Contexto

Para este estudo foram incluídos todos os programas elaborados e/ou implementados em qualquer contexto de cuidados na área geográfica nacional (hospitalar, ambulatório, domiciliar, etc.).

Tipos de estudo

Os estudos quantitativos, qualitativos ou mistos, revisões sistemáticas da literatura e toda a literatura cinzenta, será incluída para estudo sem limite temporal de publicação, desde que apresentados em idioma português, inglês ou espanhol.

4.2.3 Estratégia de pesquisa

Após uma breve análise ao estado da arte sobre a temática e definição dos termos mais utilizados, foi elaborado o mapa de conceitos que se encontra no Apêndice 13 – Mapa de conceitos. Seguidamente, foi efetuada a pesquisa na RCAAP e na base de dados *CINAHL* via *EBSCOhost*, obtendo as equações de pesquisa, Apêndice 14 – Equações de pesquisa.

4.2.4 Processo de seleção de estudos

Tal como preconizado, o processo de seleção de dados foi concretizado e descrito de forma rigorosa, por pelo menos, dois autores independentes, que chegaram a acordo sobre os artigos a incluir.

Após realizar as pesquisas conforme a metodologia aplicada, obteve-se um total de 36 documentos na RCAPP e 26 artigos na *CINAHL* Complete. De salientar que houve necessidade de incluir mais um artigo e um documento, obtido através de fontes secundárias, perfazendo assim um total de 64 documentos/artigos identificados para análise.

De seguida foram excluídos os documentos/artigos duplicados. Procedeu-se à leitura do título e resumo, excluindo-se os documentos/artigos que não cumpriam os critérios de inclusão. Aos documentos/artigos resultantes da etapa precedente e após leitura integral dos mesmos, mais uma vez foram aplicados os critérios de inclusão, tendo daí resultado oito programas para análise de dados.

4.3 Resultados

Todas estas operações encontram-se representadas no fluxograma (Figura 11). O mesmo foi realizado, de acordo com as orientações e nomenclaturas do *PRISMA-ScR Checklist* adaptado de Page et al. (2021).

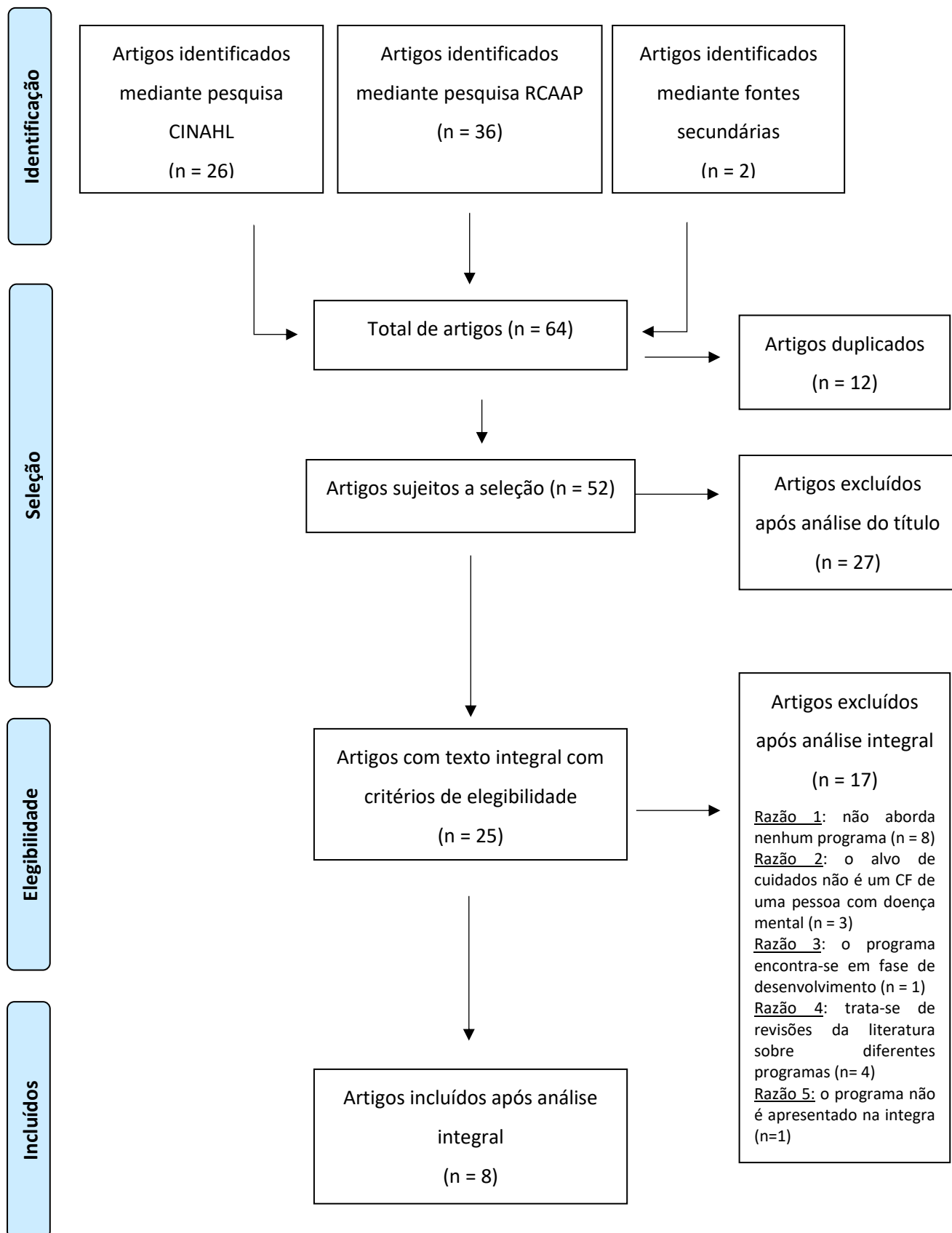


Figura 11 - Fluxograma de triagem, seleção e inclusão dos estudos (adaptado de (Page et al., 2021))

4.3.1 Extração e síntese de dados

Como já mencionado, através do processo metodológico utilizado obteve-se oito programas, os quais dão resposta aos objetivos e as questões de investigação levantadas. Após a análise de cada estudo, iniciou-se o processo de extração de dados. Para a extração da informação de cada programa, foi elaborado um instrumento de recolha de dados, optando-se por construir uma tabela com a informação referente aos documentos/artigos e outra referente aos programas. Estes documentos são apresentados no Apêndice 15 – Tabela de extração de dados, para consulta mais detalhada.

No entanto, no presente corpo do trabalho os dados são apresentados de forma mais sintetizada de modo a agregar os resultados da pesquisa de forma lógica e facilitadora da leitura e da compreensão, fornecendo um resumo descritivo dos dados obtidos com este mapeamento.

Assim, a Tabela 5, apresenta uma síntese das características dos programas, com dados referentes ao tipo de intervenção, número de sessões e a sua duração, bem como ao contexto, aos dinamizadores e ao formato. A Tabela 6, que aborda o nível de validação dos programas e a metodologia que fundamenta a eficácia da intervenção psicoeducativa ou de capacitação do CF. São ainda apresentados os objetivos e as temáticas mais abordadas nos programas.

Características dos programas

Da análise dos programas incluídos neste estudo, quatro deles referem-se às demências, onde um deles se dirige exclusivamente a CF de pessoas com doença de Alzheimer (Afonso, 2022; Guerra, 2012; Sousa, 2017; Teles et al., 2022), três dos programas dirigem-se a CF de pessoas com esquizofrenia (Marques, 2014; Nunes, 2022; Sousa, 2013) e por fim um programa está direcionada para CF de pessoas com sintomatologia psicótica (Rodrigues, 2021).

Quanto ao tipo de intervenção, dos programas encontrados existem quatro principais tipologias; intervenção individual (Afonso, 2022), intervenção de grupo multifamiliar com ausência da pessoa cuidada (Guerra, 2012; Rodrigues, 2021; Sousa, 2013), intervenção multifamiliar com presença da pessoa cuidada, (Marques, 2014) e, por fim, intervenções que tem sessões individuais e sessões multifamiliares com ausência da pessoa cuidada (Nunes, 2022; Sousa, 2017).

Constatou-se que o número de sessões é bastante díspar entre os programas, elas podem ir desde três sessões (Marques, 2014) a nove sessões (Rodrigues, 2021; Sousa, 2017), estando a média entre cinco a seis sessões por programa.

Mais de 50% são implementados em contexto comunitário (Afonso, 2022; Guerra, 2012; Marques, 2014; Nunes, 2022; Sousa, 2013), apenas um dos programas se processa em ambiente hospitalar (Rodrigues, 2021) e um deles pode ocorrer em ambiente hospital ou comunitário (Sousa, 2017).

A maioria dos programas é dinamizado por um EESMP (Afonso, 2022; Nunes, 2022; Rodrigues, 2021; Sousa, 2017; Sousa, 2013), e apenas dois são dinamizados por um grupo multidisciplinar (Guerra, 2012; Marques, 2014). Importa referir que grande parte dos programas foram elaborados por um EESMP, resultado de trabalhos efetuados em âmbito académico (Afonso, 2022; Marques, 2014; S. Nunes, 2022; Rodrigues, 2021; Sousa, 2017; Sousa, 2013), sendo que apenas dois deles foram concebidos por outros grupos profissionais, mas onde é necessária a colaboração de um enfermeiro (Guerra, 2012; Teles et al., 2022). De realçar que todos os programas, à exceção do *“iSupport”* são realizados em formato presencial, enquanto este é realizado em formato *On-line*.

Tabela 5 - Características dos programas

Programa Autor e Ano	População	Tipo de intervenção			Sessões			Contexto	Dinamizadores	Formato
		Programa psicoeducacional								
	Cuidador familiar de pessoa com...	Individual	Grupo multifamiliar com <u>presença</u> da pessoa cuidada	Grupo multifamiliar com <u>ausência</u> da pessoa cuidada	Duração do programa	Nº Sessões	Duração das Sessões			
(Es)Tar com a Demência (Sousa, 2017)	Demência	✓		✓	7 semanas	7 sessões individuais e 2 grupais	60 minutos individuais 90 minutos grupais	Comunitário e hospitalar	EESMP	Presencial
HELP to HELP (Rodrigues, 2021)	Sintomatologia psicótica			✓	10 a 11 semanas	8 a 9 sessões	60 a 90 minutos	Hospitalar	EESMP	Presencial

Uma intervenção psicoeducativa na gestão da sobrecarga do cuidador informal de pessoa com esquizofrenia (Marques, 2014)	Esquizofrenia		✓		3 meses	3 sessões	Cerca de 90 minutos	Comunitário	Grupo multidisciplinar	Presencial
Curae... de mim (Afonso, 2022)	Alzheimer	✓			6 semanas	6 sessões	60minutos	Comunitário	EESMP	Presencial
Redução da Sobrecarga do Cuidador de Pessoa com Esquizofrenia: Intervenções	Esquizofrenia	✓		✓	8 semanas	2 sessões individuais e 6 sessões grupais	30 minutos individuais e	Comunitário	EESMP	Presencial

de Enfermagem (Nunes, 2022)							60 minutos grupais			
Família unida (Sousa, 2013)	Esquizofrenia			✓	7 semanas	7sessões	110 minutos	Comunitário	EESMP	Presencial
ProFamílias- demência (Guerra, 2012)	Demência			✓	8 meses	6 sessões	Cerca 90 minutos	Comunitário	Grupo multidisciplinar	Presencial
iSupport– Portugal para quem apoia na demência (Teles et al., 2022)	Demência				-----	23 sessões	-----	-----	Em caso de necessidade podem ter colaboração de profissionais de saúde ou da área social.	<i>On-line</i>

Nível de validação

Tal como referido, a categorização em função do nível de validação dos programas foi realizada segundo os critérios previamente definidos para os níveis de validação: frágil, moderado e robusto. A Tabela 6, apresenta de forma sintetizada a relação entre os critérios tidos em consideração para a categorização dos programas e a sua relação com os dados.

A partir da análise da referida tabela, constata-se que apenas um dos programas não passou da fase de conceção, isto é, por motivos pandémicos não foi implementado nem avaliado na prática clínica (Rodrigues, 2021). Assim, verifica-se que todos os restantes programas apresentam como desenho de estudo um ensaio experimental e todos com pré e pós teste, independentemente da metodologia aplicada para esta avaliação (Afonso, 2022; Guerra, 2012; Marques, 2014; Nunes, 2022; Sousa, 2017; Sousa, 2013; Teles et al., 2022).

Verifica-se que três dos programas apresentam na base da sua construção, estudos com fragilidades metodológicas (Afonso, 2022; Marques, 2014; Sousa, 2013). Assim, apenas um programa é categorizado como robusto (Teles et al., 2022) e dois como tendencialmente robusto (Guerra, 2012; Sousa, 2017). Um programa apresenta um nível de validação moderado (Nunes, 2022), dois programas encontram-se entre o frágil e tendencialmente moderado (Marques, 2014; Rodrigues, 2021) e dois dos programas são categorizados com um nível frágil de validação (Afonso, 2022; Sousa, 2013).

Tabela 6 - Nível de validação dos programas

Título do estudo, Autor e Ano	Título programa	Desenho do estudo do programa	Tipos de estudo na base da construção do programa e respectivas intervenções	Nível de validação do programa	Implementação do programa
Criação e Validação de um Programa de Capacitação para Cuidadores Familiares de Pessoas com Demência Sousa, 2017	(Es)Tar com a Demência	Estudo experimental randomizado controlado	Duas revisões integrativas da literatura e um <i>Focus Group</i>	Tendencialmente robusto	Sim
HELP to HELP – Um Programa de Literacia em Saúde Mental Multifamiliar Rodrigues, 2021	HELP to HELP	Revisão integrativa da literatura	Revisão integrativa da literatura segundo a metodologia do <i>Joanna Briggs Institute</i> , para determinar as intervenções de literacia em SM que demonstram eficiência e benefícios aos cuidadores informais de pessoas com sintomatologia psicótica.	Frágil a tendencialmente moderado	Não

Uma intervenção psicoeducativa na gestão da sobrecarga do cuidador informal de pessoa com esquizofrenia Marques, 2014	Uma intervenção psicoeducativa na gestão da sobrecarga do cuidador informal de pessoa com esquizofrenia	Estudo de desenho experimental com pré-teste, pós-teste e grupo de controlo randomizado	Revisão da literatura com fragilidades metodológicas.	Frágil a tendencialmente moderado	Sim
Curae de mim – A Prática Especializada de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Intervenção com Cuidadores Familiares Afonso, 2022	Curae... de mim	Estudo de desenho experimental com pré-teste, pós-teste	Revisão da literatura com fragilidades metodológicas.	Frágil	Sim
Redução da Sobrecarga do Cuidador de Pessoa com Esquizofrenia: Intervenções de Enfermagem	Redução da Sobrecarga do Cuidador de Pessoa com Esquizofrenia:	Estudo de desenho experimental com pré-teste, pós-teste	Revisão sistemática da literatura, segundo a metodologia do <i>Joanna Briggs Institute</i> para mapear as intervenções de Enfermagem Eficazes na Redução da Sobrecarga	Moderado	Sim

Nunes, 2022	Intervenções de Enfermagem		do Cuidador de Pessoa com Esquizofrenia.		
Intervenção psicoeducativa em grupo: Prestadores de Cuidados Informais da Pessoa com Esquizofrenia Sousa, 2013	Família unida	Estudo de desenho experimental com pré-teste e pós teste através do ciclo reflexivo de Gibbs (1988)	Revisão da literatura com fragilidades metodológicas.	Frágil	Sim
Demência e intervenção familiar: visão sistémica e desenvolvimental Guerra, 2012	ProFamílias-demência	Estudo de desenho experimental com pré-teste, pós-teste	As metodologias de avaliação envolveram sobretudo métodos qualitativos como entrevistas de <i>focus group</i> , entrevistas individuais e a técnica de <i>photovoice</i> .	Tendencialmente robusto	Sim
<i>Feasibility of an online training and support program for dementia carers: results from a mixed-methods pilot</i>	iSupport– Portugal para quem apoia na demência	Ensaio piloto randomizado controlado de métodos mistos	A adaptação do iSupport foi operacionalizada em cinco etapas: avaliação de necessidades; tradução do conteúdo por tradutor autorizado e verificação de	Robusto	Sim

<i>randomized controlled trial</i> Teles et al., 2022			veracidade técnica por profissionais de saúde; adaptação cultural; avaliação independente do conteúdo por um painel de especialistas; e verificação de fidelidade pelos autores do programa.		
--	--	--	--	--	--

Objetivos dos programas e temáticas abordadas

Visto que maioritariamente os programas são direcionados ao CF de pessoas com demências, onde se agrupa o programa direcionado ao CF de pessoa com doença de Alzheimer e ao CF de pessoas com esquizofrenia, onde se pode incluir o estudo direcionado aos CF de pessoa com sintomatologia psicótica, a informação está organizada em função destes dois grupos de dados. Neste sentido, na Figura 12 estão apresentados os objetivos e as temáticas predominantes nos programas dirigidos ao CF de pessoa com demência, e na Figura 13 os programas direcionados ao CF de pessoa com esquizofrenia.

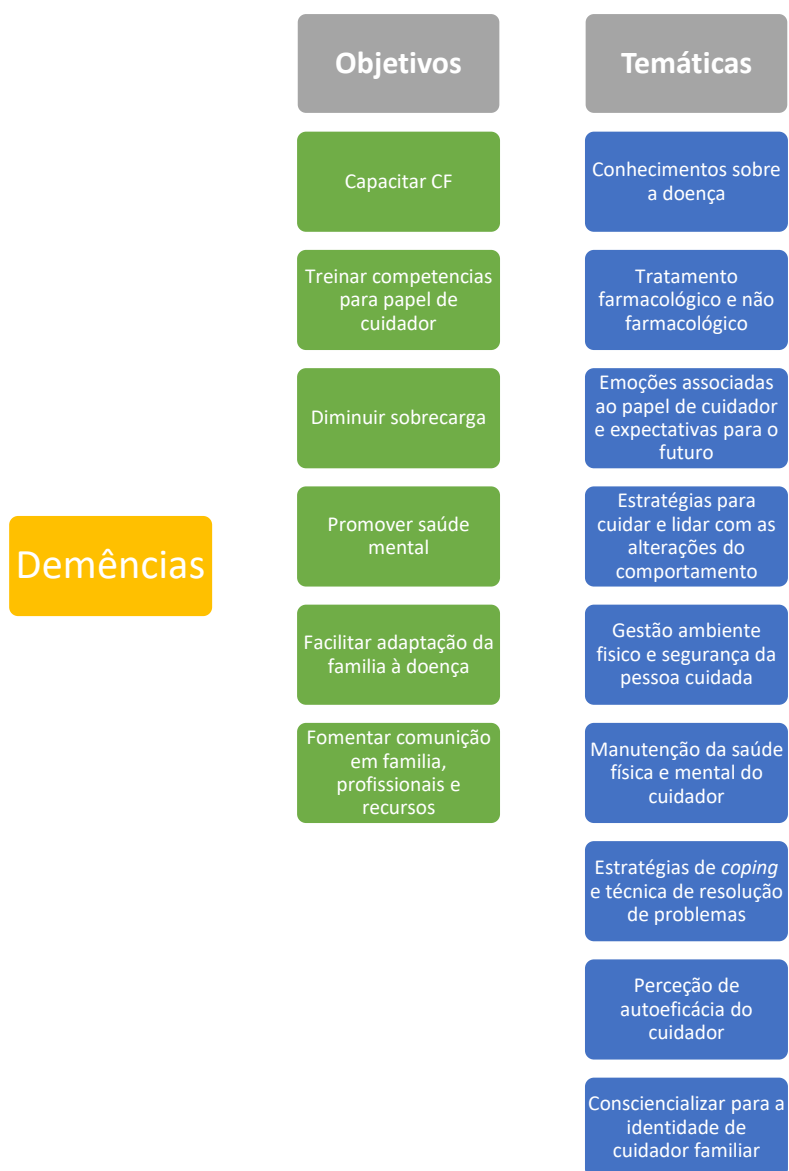


Figura 12 - Síntese dos objetivos e temáticas dos programas para o CF de pessoa com demência

Como se pode constatar, após análise da Figura 12, frequentemente os programas apresentam mais do que um objetivo, nomeadamente a capacitação do CF, o treino de competências, a facilitação para a adaptação da família à doença da pessoa cuidada, a diminuição da sobrecarga do CF e a promoção da SM. Neste âmbito, as temáticas abordadas relacionam-se com a informação acerca da doença e tratamento farmacológico e não farmacológico, treino de competências no cuidar e estratégias para lidar com comportamento alterado, os cuidados com a pessoa nomeadamente no que diz respeito à segurança e ao ambiente físico. Sendo ainda abordadas temáticas relacionadas com a consciencialização para a identidade do cuidador, manutenção da sua saúde física e mental, as emoções, sentimentos e incertezas quanto ao seu papel, as estratégias de *coping* e de resolução de problemas, entre outras enunciadas na figura (Afonso, 2022; Guerra, 2012; Sousa, 2017; Teles et al., 2022).

A Figura 13 diz respeito aos programas dirigidos ao CF da pessoa com esquizofrenia e, neste âmbito, os objetivos mais mencionados são: a diminuição da sobrecarga dos CF, a capacitação através do aumento da literacia em SM, diminuição do estigma e a promoção da participação ativa no processo de cuidar. Quanto às temáticas abordadas dizem respeito aos conhecimentos sobre a doença, tratamento farmacológico e não farmacológico, estratégias de resolução de problemas e *coping*, comunicação positiva e dinâmicas familiares adaptativas. Fazem referência também à abordagem da gestão de stress do CF, recursos na comunidade e reabilitação psicossocial e a legislação acerca da SM (Marques, 2014; Nunes, 2022; Rodrigues, 2021; Sousa, 2013).

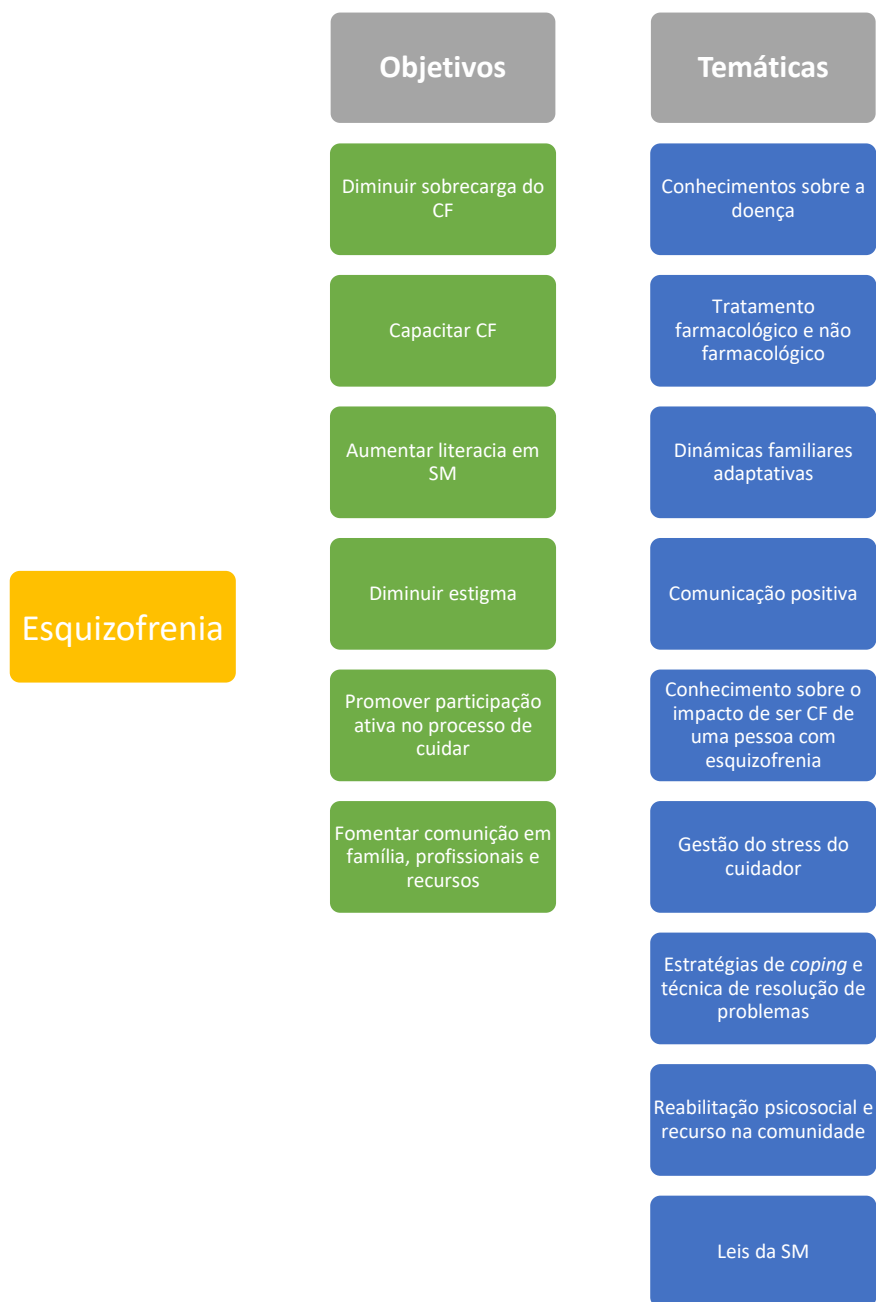


Figura 13 - Síntese dos objetivos e temáticas dos programas para o CF de pessoa com esquizofrenia

4.4 Discussão

Os resultados do presente estudo, revelam que existem oito programas psicoeducacionais ou de capacitação aos CF da pessoa com patologia do foro mental e/ou psiquiátrica em Portugal. Da análise dos dados, é perçetível o predomínio destes programas em duas áreas: ao CF da pessoa com esquizofrenia e ao cuidador da pessoa com demência. Em ambos os casos a justificação para a intervenção ao CF é pela necessidade constante de se readaptar às necessidades da pessoa cuidada, pela evolução prolongada da doença e pelas alterações do

pensamento e do comportamento que a pessoa cuidada manifesta (Marques, 2014; S. Nunes, 2022; Rodrigues, 2021; L. Sousa, 2017). Neste sentido, é frequentemente que os objetivos dos programas de psicoeducação ou capacitação se relacionem com a capacitação e a diminuição da sobrecarga do CF.

Tal facto é sustentado pela literatura que verifica que a psicoeducação tem efeitos positivos na redução da sobrecarga e até na qualidade de vida do CF (Okafor & Monahan, 2023). No entanto, Bressan et al. (2020), alertam também, para a necessidade de se criar intervenções sensíveis e personalizadas através de programas educacionais adaptadas às necessidades reais do CF.

Neste sentido, os programas com o nível de validação robusto ou tendencialmente robusto, podem ir ao encontro deste critério de incluir intervenções mais sensíveis e com maior evidência científica. Efetivamente, alguns dos programas apresentam fragilidades metodológicas no que concerne aos desenhos dos estudos, ou tamanho das amostras dos estudos que estão na base da sua conceção, ou fundamentação das intervenções. No entanto e apesar disto, muitos deles apresentam algum rigor nas restantes etapas. Desta forma, o presente estudo não avalia a eficácias dos programas, apenas pretende categorizar o nível de validação dos mesmos. Por este motivo, optou-se por incluir todos os programas independentemente, do seu nível de validação, sugerindo novos estudos, para que estes programas possam ser melhorados se necessários e validados.

Por esta mesma razão, foram incluídos todos os programas concebidos e /ou elaborados por um enfermeiro generalista e/ou EESMP, sugerindo que no futuro estes sejam aplicados pelo EESMP. Para Okafor e Monahan (2023), os EESMP estão bem posicionados para executar estes programas de psicoeducação ou capacitação ao CF, pois tem um contacto muito próximo com os mesmos, compreendendo bem as suas necessidades (Okafor & Monahan, 2023).

Nos programas apresentados o número médio de sessões é de cinco a seis sessões, no entanto alguns dos programas não contabilizam como sessão o momento de avaliação inicial e final do CF. Da revisão da literatura feita por Okafor e Monahan (2023), este conclui que os programas podem ter entre quatro a 18 sessões o que lhe permitiu concluir que tanto os programas mais curtos ou os mais longos, são eficazes na redução da sobrecarga do CF.

A grande maioria dos programas são implementados em contexto comunitário, e apenas um em ambiente hospitalar na unidade de consulta externa. Efetivamente a comunidade é o local mais privilegiado para este tipo de programas pelo facto de estarmos em contacto direto com o

contexto das pessoas. No entanto, os hospitais não se devem fechar ao CF e poderia ser pertinente estudar a necessidade de se realizar um programa psicoeducativo e ou capacitação num momento de crise familiar, como é o caso dos primeiros surtos psicóticos.

Quanto ao programa “*iSupport*”, este distingue-se dos restantes, visto que se apresenta em formato *on-line* e onde o cuidador pode ir fazendo as 23 sessões ao seu ritmo no seu contexto de eleição, sozinho ou em caso de necessidade com a colaboração dos profissionais de saúde ou da área social (Teles et al., 2022). É cada vez mais conhecido as vantagens da utilização deste tipo de aplicações ou plataformas *on-line*, assim, este programa funciona como um recurso que o EESMP deve conhecer, não tanto pela implicação que tem no decorrer do programa, mas por se considerar como uma ferramenta relevante para a prática do EESMP, para que o possa aconselhar e incentivar o CF a participarem no programa.

4.5 Conclusão e limitações

Conclui-se que o EESMP tem um lugar central junto ao CF da pessoa com patologia do foro mental e/ou psiquiátrica, pois tem uma grande proximidade com o mesmo e conhece o seu contexto e as suas reais necessidades. Neste sentido, é essencial que o EESMP possua as ferramentas para ajudar o CF a ultrapassar os desafios do seu papel de prestador, possuindo conhecimento sobre as ferramentas que dispõe para tal.

Desta forma, este trabalho procurou mapear, analisar e sintetizar os programas concebidos para o CF de uma pessoa com patologia do foro mental e/ou psiquiátrica, com o objetivo de elaborar um documento de consulta, mas essencialmente de trabalho para futuros estudos, permitindo o desenvolvimento e o crescimento do conhecimento da disciplina de Enfermagem.

Apesar do rigor metodológico utilizado, este mapeamento apresenta as suas limitações. Por uma questão de cumprimento do cronograma de estudos, foram incluídos apenas os programas desenvolvidos e implementados em contexto português, pelo que poderá ser importante no futuro realizar-se outras pesquisas no mesmo sentido, mas que englobem programas internacionais. A outra limitação a destacar, é o facto de não terem sido consultadas todas as bases de dados, no entanto, tendo em conta a temática e as questões de investigação, utilizaram-se as bases de dados que forneceriam os melhores resultados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS AO RELATÓRIO

A construção deste relatório pretendeu relatar o itinerário percorrido ao longo do curso de mestrado de ESMP. Nele fica espelhado o processo de construção e desenvolvimento do conhecimento pessoal e profissional, que teve como propósito servir as pessoas a quem foram prestados os cuidados e ao mesmo tempo, permitiu a construção de uma identidade enquanto EESMP.

Por este motivo foi imperativo começar a desenvolver este relatório pela conceptualização da prática da enfermagem à luz da Teoria da Enfermagem dos Cuidados Centrados na Pessoa. A conceptualização, traz em si mais do que um conceito, traz a forma como foi planeada e concebida a prática da Enfermagem. O EESMP enquanto profissional cuida, assiste e zela pelo bem-estar de uma pessoa, de um Ser. Portanto, um Ser profissional que cuida de um Ser individual, que se encontra num lugar de vulnerabilidade ou fragilidade.

Há muito tempo que a enfermagem deixou o seu total empirismo para englobar o conhecimento e a evidência científica. Assim, é fundamental que o EESMP reconheça, domine e aperfeiçoe constantemente as suas competências pessoais, técnicas e científicas no sentido de otimizar os cuidados prestados e servir a pessoa cuidada. Este sentido de serviço remete-nos para o fundamental, o EESMP serve um ser único e individual ou uma comunidade, com todas as suas crenças e valores, através do seu conhecimento, e desta forma, o conhecimento do profissional serve o propósito da pessoa ou sociedade. Sendo o ambiente uma parte integrante do metaparadigma da Enfermagem ele é um promotor dos cuidados, pois é o meio onde o processo do cuidar acontece. Nesta ótica, englobar no processo de cuidados todas as ferramentas que o meio disponibiliza para aconselhar e/ou facilitar a tomada de decisão é promover uma boa experiência nos cuidados.

Por conseguinte, neste processo de cuidados é essencial fazer uma avaliação da pessoa ou comunidade, das suas necessidades reais e do contexto onde ela se insere, planeando a intervenção adequada ao seu caso e avaliando os resultados obtidos. Pretendeu-se traduzir este caminho percorrido no processo de cuidados ao longo dos três contextos; contexto de cuidados diferenciados, internamento de pessoas em fase de descompensação aguda da doença e comunitário.

Através da avaliação feita aos contextos e às necessidades de cada um, pretendeu-se planear a intervenção de enfermagem mais adequada e com este propósito, recorreu-se à literatura para

conhecer as intervenções ou programas que apresentam maior evidência científica, para de seguida as poder adaptar à população e ao contexto. Os resultados obtidos, permitiram a avaliação das intervenções e desta forma, avaliar a prática desenvolvida extraíndo algumas considerações.

No primeiro contexto implementou-se a intervenção de EC e multissensorial a um grupo de quatro pessoas idosas com deterioração cognitiva moderada. A cada sessão procurou-se através da utilização de uma grelha observacional, avaliar determinadas dimensões, tais como o interesse, a atenção, o humor e a interação social. Neste sentido, pelo comportamento observado ao longo das sessões acredita-se que os objetivos das mesmas foram alcançados. No entanto, seria necessário mais tempo para implementar mais sessões e assim avaliar a sua eficácia. Neste contexto foi também possível, avaliar um CF com a aplicação de alguns instrumentos de avaliação. Desta intervenção, fica patente a necessidade de intervir junto do CF no sentido de prevenir a exaustão física e emocional.

O contexto internamento de pessoas em fase de descompensação aguda da doença permitiu contactar de perto com pessoas com patologias psiquiátricas graves que a colocam em risco de vida das próprias. Neste contexto, desenvolveu-se a intervenção psicoterapêutica de reestruturação cognitiva, a uma pessoa com depressão e ideação suicida. Ao longo das sessões foi sendo notório a diminuição da sintomatologia, própria da patologia, a consciencialização para uma necessidade de mudança e automonitorização do registo de pensamento.

Por fim, no contexto comunitário, a intervenção de promoção de SM+ a um grupo de cuidadoras formais, foi planeada uma intervenção baseada nas intervenções desenvolvidas no programa de promoção de SM+ de Teixeira et al. (2020). Esta população, pelo trabalho que desenvolve, pelo desgaste físico e emocional que vivenciam, apresentam um risco acrescido de desenvolverem doenças mentais e, neste sentido, é necessário capacitá-las com estratégias de promoção de SM+.

Tendo em conta os ritmos de vida impostos pelas sociedades atuais, o desenvolvimento de doenças mentais tem vindo a aumentar, o que leva a cada vez mais pessoas dependentes e por sua vez uma maior necessidade de capacitar o cuidador a cuidar o seu familiar. O EESMP enquanto facilitador na adaptação aos novos processos de vidas das pessoas e famílias, tem aqui um papel preponderante na capacitação do CF.

Neste sentido, sentiu-se necessidade de responder à seguinte questão de investigação: “Quais os programas psicoeducacionais ou de capacitação ao CF da pessoa com patologia do foro mental e /ou psiquiátrica em Portugal?”. Para tal, foi elaborada uma metodologia de pesquisa, seguindo as principais diretrizes de uma *Scoping Review* procedendo-se à pesquisa efetiva no RCAAP e na base de dados CINAHL, (via EBSCOhost), tendo sido obtidos um total de oito programas psicoeducacionais ou de capacitação ao CF. Após análise dos mesmos, conclui-se que estes programas, maioritariamente, são dirigidos ao CF de uma pessoa com demência ou esquizofrenia e que grande parte deles carece ainda de alguma robustez metodológica. Neste sentido, sugere-se o desenvolvimento de novos estudos nesta área, para que o conhecimento na ESMP continua a evoluir e, desta forma, enriquecer a prática do EESMP tendo por base o conhecimento já produzido.

Todo o caminho percorrido, tanto ao longo das UCs, como dos contextos clínicos ou ainda no desenvolvimento do conhecimento em ESMP, através do mapeamento e síntese do conhecimento, permitiram o desenvolvimento das competências comuns e específicas à prática do EESMP, tendo assim permitido a aquisição de uma consciência e identidade profissional.

Pelo exposto, considera-se que foram atingidos todos os objetivos traçados para a elaboração deste relatório e que o mesmo poderá contribuir ainda para o desenvolvimento da ESMP, mas sobretudo para o bem-estar das pessoas alvo dos cuidados do EESMP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, C. (2022). *Relatório de Estágio: Curae de mim*. <http://hdl.handle.net/10400.8/7342>
- Alves, S. P. T. da S., Ribeiro, I. M. O. C., & Sequeira, C. A. da C. (2022). Follow-up da turma piloto do Programa Promotor de Saúde Mental Positiva em adolescentes - O Brilho da Mente. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 28, 172–185. <https://doi.org/10.19131/rpesm.355>
- Alzheimer Portugal. (sem data). *Défice Cognitivo Ligeiro*. Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer. <https://alzheimerportugal.org/defice-cognitivo-ligeiro/>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* (APA, Ed.; 5th ed.).
- André, S. M. F. S. (2014). *Estado de Ânimo e Saúde Mental Dos Cuidadores Informais: Contributos para Melhor Cuidar*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Apóstolo, J., & Cardoso, D. (2012). *Operacionalização do Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos «Fazer a Diferença»* (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Ed.).
- Apóstolo, J., Cardoso, D., Marta, L., & Amaral, T. (2011). Efeito da estimulação cognitiva em Idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, III(5), 193–201.
- Apóstolo, J. L. A., Paiva, D. dos S., Silva, R. C. G. da, Santos, E. J. F. dos, & Schultz, T. J. (2018). Adaptation and validation into Portuguese language of the six-item cognitive impairment test (6CIT). *Aging & Mental Health*, 22(9), 1190–1195. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1348473>
- Bachega, A. S., Oliveira, S. P. T., Lucca, A., Valdes, B. G., Nascimento, D. D. G., Oliveira, S. M. do V., & Barreto, J. O. M. (2019). Motivações, pensamentos e sentimentos associados à ideação suicida de adolescentes brasileiros: uma síntese rápida de evidências qualitativas. *Instituto de Saúde São Paulo*, 105–113.

- Belloch, A., Sandin, B., & Ramos, F. (2020). *MANUAL DE PSICOPATOLOGÍA VOLUMEN I TERCERA EDICIÓN: Vol. I Volume*. McGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S. A. U.
- Bobrowicz-Campos, E., Salomé Pinho, M., & Paula Matos, A. (2017). Versão Portuguesa da Inventário das Cognições Associadas à mania - revisto. *Psicologia, Saúde & Doença*, 18(2), 401–419. <https://doi.org/10.15309/17psd180210>
- Boehlen, F. H., Herzog, W., Schellberg, D., Maatouk, I., Schoettker, B., Brenner, H., & Wild, B. (2020). Gender-specific predictors of generalized anxiety disorder symptoms in older adults: Results of a large population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 262, 174–181. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.025>
- Bressan, V., Visintini, C., & Palese, A. (2020). What do family caregivers of people with dementia need? A mixed-method systematic review. *Health & Social Care in the Community*, 28(6), 1942–1960. <https://doi.org/10.1111/hsc.13048>
- Bulechek, G. M. ;, Butcher, H. K. ;, Dochterman, J. M. ;, & Wagner, C. M. (2010). *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)* (Elsevier).
- Carvalhais, M., Almeida, T., Azevedo, J., Sá, T., Soares, I., Alves, F., Duarte, A., & Paiva, F. (2019). Efeitos de um programa de estimulação cognitiva no funcionamento de idosos institucionalizados. *Revista de Investigação & Inovação em saúde*, 2, 19–28.
- Carvalho, M. I., Póvoa, M. J., Neves, M., Bernardo, J., Loureiro, R., Bernardes, R. A., Almeida, I. F., Santana, E., & Silva, R. (2022). Intergenerationality Programs Between Children and Older Adults For Portuguese Population: A Scoping Review. Em *Nursing Reports* (Vol. 12, Número 4, pp. 836–849). MDPI. <https://doi.org/10.3390/nursrep12040081>
- Carvalho, R. C. N., Nantes, R. F. P., & Costa, M. L. (2020). Estratégia familiar de cuidado em saúde mental. *Brazilian Journal of Development*, 6(7), 50256–50271. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n7-615>
- Comissão técnica de acompanhamento da reforma da saúde mental. (2017). *Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007 - 2016 e propostas prioritárias para extensão a 2020*.

- Correia, M. da graça. (2019). *Intervenção Terapêutica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com o Cuidador Informal em Sobrecarga, na UCC*. <http://hdl.handle.net/10400.26/29326>
- Craig, P., Cooper, C., Gunnell, D., Haw, S., Lawson, K., Macintyre, S., Ogilvie, D., Petticrew, M., Reeves, B., Sutton, M., & Thompson, S. (2012). Using natural experiments to evaluate population health interventions: new Medical Research Council guidance. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(12), 1182–1186. <https://doi.org/10.1136/jech-2011-200375>
- Dalgalarrondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (2ª edição). Artmed Editora S.A.
- Direção Geral de Saúde. (2017). *PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL 2017*. www.dgs.pt
- Domingues, C. (2023). *Reforma e Envelhecimento Ativo: Estudo sobre Boas Práticas no Concelho de Mira*. Escola Superior de Educação Politecnico de Coimbra.
- Falcão, H., Santos, I., Fonseca, I., & Coelho, R. (2020). *Cuidadores formais e suas necessidades de educação para a saúde: conhecer no presente para atuar no futuro*. 12, 115–116. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10291>
- Figueira, M. L., Afonso, P., & Madeira, L. (2020). *Dicionário de Psicopatologia* (T. Editores, Ed.; 1ª).
- Freitas, E. V., & Py, L. (2016). *Tratado de geriatria e gerontologia* (Guanabara Koogan, Ed.; 3ª edição).
- Gregório, J. (2015). *Qualidade de Vida, Estratégias de Coping, Burnout, Sobrecarga e Sintomas Psicopatológicos numa Amostra de Cuidadores Formais*. <http://hdl.handle.net/10451/23363>
- Guerra, S. (2012). *Demência e Intervenção Familiar: Visão sistémica e Desenvolvimental*. <http://hdl.handle.net/10773/9461>
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *População residente com 15 e mais anos de idade que presta cuidados informais (N.º) por Sexo, Grupo etário e Escalão de tempo gasto*

- semanalmente na prestação de cuidados informais; Quinquenal*. PORDATA - Estatísticas sobre Portugal e Europa. <https://datalabor.pt/data/fUIlBaKxK>
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). *População residente segundo os Censos: total e por grandes grupos etários*. PORDATA - Estatísticas sobre Portugal e Europa. <https://www.pordata.pt>
- International Council of Nurses. (2019). *CIPE 2019*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Janssen Comigo. (2022, Setembro 29). *Perturbação Depressiva Major (PDM)*. Janssen-Cilag Farmacêutica, Lda. <https://www.janssencomigo.pt/pt-pt/saude-mental/perturbacao-depressiva-major>
- Kraft, J., Klimczak, K. S. ;, & Levin, M. E. (2022). Effects of Cognitive Restructuring and Defusion for Coping with Difficult Thoughts in a Predominantly White Female College Student Sample. *Cognitive Therapy and Research*, 86–94.
- Laranjeira, P. I. C. (2015). *A relação entre depressão e ideação suicida em jovens adultos: O papel mediador da desesperança e da dor mental*. <http://hdl.handle.net/10174/16838>
- Lavelle, J. ;, Dunne, N. ;, Mulcahy, H. E. ;, & McHugh, L. (2021). Chatbot-Delivered Cognitive Defusion versus Cognitive Restructuring for Negative Self-Referential Thoughts: A Pilot Study. *Psychological Record*.
- Lluch-Canut, T., & Sequeira, C. (2020). Saúde Mental Positiva. Em C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (1ª, pp. 61–63). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Marques, C. (2014). Uma intervenção psicoeducativa na gestão da sobrecarga do cuidador Informal de pessoa com esquizofrenia. Em *Relatório de Trabalho de Projeto*. <http://hdl.handle.net/10400.26/6269>
- Mata, J., Reis, A. I., & Brás, M. (2021). Perfeccionismo, sintomatologia depressiva e acontecimentos de vida negativos na ideação suicida em jovens-adultos. *Psique*, 17(1), 96–121. <https://doi.org/10.26619/2183-4806.xvii.nt.5>

- McCance, T., & McCormack. (2016). The Person-centred Practice Framework. Em *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice* (pp. 36–66). Wiley-Blackwell.
- McCance, T., McCormack, B., & Dewing, J. (2011). An exploration of person-centredness in practice. *Online journal of issues in nursing*, 16(2), 1. <https://doi.org/10.3912/ojin.vol16no02man01>
- McCance, T., McCormack, B., Slater, P., & McConnell, D. (2021). Examining the theoretical relationships between constructs in the person-centred practice framework: a structural equation model. *Int J Environ Res Public Health*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-22586/v1>
- Mccormack, B. (2019). My Vision for Person-centred Nursing. *Projetar Enfermagem – Revista Científica de Enfermagem*, 6–12.
- Melo, F. (2022). *Burnout nos Cuidadores Formais de idosos em contexto de Serviço de Apoio Domiciliário Mestrado em Gerontologia Social*. Escola Superior de Educação Politécnico de Coimbra.
- Mendes, J. (2010). *A vivência subjetiva de cuidadores de pessoas com demência: Temas Centrais, Sintomatologia Emocional e Estratégias de Confronto*. <http://hdl.handle.net/10451/2519>
- Moreira, M. J. (2020). *Como Envelhecem os Portugueses: Envelhecimento, Saúde, Idadismo*. Fundação Francisco Manuel dos Santos e Maria João Guardado Moreira.
- Moreira, R. N. da S., Santana, C. E. O., Da Silva Moraes, D. S., Lucas, V. S. P., Rodrigues, I. V. de O., De Oliveira Lima, N. C., Queiroga, G. de S., & Alves, Í. D. (2021, Setembro 24). O processo de envelhecimento e o sentido da vida: O bem estar psicológico de idosos. *Brazilian Journal of Development*, 7(9), 92727–92740. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n9-439>
- Morgan, S., & Yoder, L. H. (2012). A Concept Analysis of Person-Centered Care. *Journal of Holistic Nursing*, 30(1), 6–15. <https://doi.org/10.1177/0898010111412189>
- Nogueira, M. J. (2020a). Fatores de Vulnerabilidade e Saúde Mental Positiva em Estudantes do Ensino Superior Portugueses. Em *I Encontro Internacional de Literacia e Saúde Mental Positiva* (pp. 7–9).

https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/36136/1/ebook_I-Encontro-Literacia_v2.pdf

Nogueira, M. J. (2020b). Fatores de Vulnerabilidade e Saúde Mental Positiva em Estudantes do Ensino Superior Portugueses. *I Encontro Internacional de Literacia e Saúde Mental Positiva - Conference Proceedings*, 7–9.

North American Nursing Diagnosis Association, I. Inc. (2021). NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021-2023. Em *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021-2023*. Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York. <https://doi.org/10.1055/b0000000515>

Nunes, L. (2014). *Responsabilidade profissional, ética e legal em Enfermagem de Saúde Mental*. Nunes, L. (2014). Responsabilidade profissional, ética e legal em Enfermagem de Saúde Mental.

Nunes, S. (2022). Redução da Sobrecarga do Cuidador de Pessoa com Esquizofrenia: Intervenções de Enfermagem. Em *Relatório de Estágio do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. <http://hdl.handle.net/20.500.12207/5749>

OECD. (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators* (Health at a Glance). OECD. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>

OECD/EU. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle* (Health at a Glance: Europe). OECD. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

Okafor, A. J., & Monahan, M. (2023). Effectiveness of Psychoeducation on Burden among Family Caregivers of Adults with Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nursing Research and Practice*, 2023, 1–16. <https://doi.org/10.1155/2023/2167096>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 356/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. *Diário da República*, 2.ª série - N.º 122.

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*, 2.ª série — N.º 151.

- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2021). *Guia Orientador de boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave* (1ª edição digital). <http://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Ordem dos Psicólogos. (2013). *Investir na Saúde Mental através da Intervenção Psicológica*. www.ordemdospsicologos.pt
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Parente, R. (2020). *Terapia cognitivo comportamental na depressão*. Universidade da Beira Interior ProQuest Dissertations Publishing.
- Peixoto, M. J., Pereira, R., Martins, A., Martins, T., & Barbieri, C. (2016). Enfermagem baseada em evidência: atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados. *Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária - Livro de Comunicações*, 26–34. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31753/1/2016_Jornadas26-34.pdf
- Pereira, R. (2014). *A relação entre a formação e os níveis de stress, ansiedade e depressão em cuidadores formais de Centros Sociais*. <http://hdl.handle.net/10400.14/17177>
- Pereira, T. (2019). *A função cognitiva no Envelhecimento*. <http://hdl.handle.net/10400.26/32920>
- Ponciano, E., Vaz Serra, A., & Relvas, J. (1982). Aferição da Escala de Auto-avaliação de Ansiedade de Zung numa amostra de população portuguesa - I. *Psiquiatria Clínica*.
- PORDATA. (2023). *População residente com 65 e mais anos, média anual: total e por grupo etário*.
- Porto Editora. (2022). *Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa*. <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa>
- Prins, A. J., Scherder, E. J. A., van Straten, A., Zwaagstra, Y., & Milders, M. V. (2020). Sensory Stimulation for Nursing-Home Residents: Systematic Review and Meta-Analysis of Its

- Effects on Sleep Quality and Rest-Activity Rhythm in Dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 49(3), 219–234. <https://doi.org/10.1159/000509433>
- Rodrigues, L. (2021). HELP to HELP-Um Programa de Literacia em Saúde Mental Multifamiliar. Em *Relatório de Estágio Mestrado em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica*. <http://hdl.handle.net/20.500.12207/5561>
- Sampaio, F. M. C., Araújo, O. S. S. L., Sequeira, C. A. da C., Lluch Canut, M. T., & Martins, T. (2018). Evaluation of the Psychometric Properties of NOC Outcomes “Anxiety Level” and “Anxiety Self-Control” in a Portuguese Outpatient Sample. *International Journal of Nursing Knowledge*, 29(3), 184–191. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12169>
- 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. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0205>
- Sánchez, F., & Abreu, M. I. (2010). Benefícios da Terapia Snoezelen em utentes com Demência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 3, 7–18. <https://www.zensenses.org/wp-content/uploads/2017/08/Snoezelen-e-Dem%C3%AAncia.pdf>
- Santos, B., Gonçalves, P., Sequeira, C., & Montesó Curto, P. (2020). Reestruturação Cognitiva. Em C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (1ª, pp. 186–189). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Santos, J. (2023). Advanced Nursing: remembering the past, appreciating the present and perspecting the future. *Pensar Enfermagem - Revista Científica | Journal of Nursing*, 27(1), 84–91. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.218>
- Santos, S., & Coelho, P. (2014). *Deterioração cognitiva no idosos: revisão da literatura Cuidar na vulnerabilidade* (ZUTIN, Ed.). Arte & Ciência. <https://www.researchgate.net/publication/283010290>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (1ª Edição). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (2ª Edição). LIDEL - edições técnicas, Lda.

- Sequeira, C., Carvalho, J. C., Borges, E., & Sousa, C. (2013). Vulnerabilidade mental em estudantes de enfermagem no ensino superior: estudo exploratório. *Journal of Nursing and Health*, 170–181.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (1ª Edição). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Silva dos Santos, W., Maria Ulisses, S., Malheiros da Costa, T., Gonçalves Farias, M., & Pinho Fernandes de Moura, D. (2016). THE INFLUENCE OF RISK OR PROTECTIVE FACTORS FOR SUICIDE IDEATION. *Psicologia, Saúde & Doença*, 17(3), 515–526. <https://doi.org/10.15309/16psd170316>
- Silva, R. (2019). *Estimulação Cognitiva em Pessoas Idosas: Intervenção individual na fragilidade cognitiva*. <http://hdl.handle.net/10400.14/31534>
- Silva, R., Abrunheiro, S., Cardoso, D., Costa, P., Couto, F., Agrenha, C., & Apóstolo, J. (2018). Effectiveness of multisensory stimulation in managing neuropsychiatric symptoms in older adults with major neurocognitive disorder: a systematic review. *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 16(8), 1663–1708. <https://doi.org/10.11124/JBIRIR-2017-003483>
- Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., Boyd, K. A., Craig, N., French, D. P., McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroft-Malone, J., White, M., & Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ*, n2061. <https://doi.org/10.1136/bmj.n2061>
- Sousa, L. (2017). Criação e Validação de um Programa de Capacitação para Cuidadores Familiares de Pessoas com Demência. Em *Tese de Candidatura ao grau em Ciências de Enfermagem*. <https://hdl.handle.net/10216/111201>
- Sousa, L., Araújo, O., & Silva, M. (2020). Estimulação Cognitiva. Em C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (1ª, pp. 190–192). Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Sousa, M. (2013). *Intervenção Psicoeducativa em Grupo: Prestadores de Cuidados informais da Pessoa com Esquizofrenia*. <http://hdl.handle.net/10400.26/15984>

- Ströhle, A., Gensichen, J., & Domschke, K. (2018). The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. *Deutsches Arzteblatt International*, 115(37), 611–620. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0611>
- Teixeira, I., & Neri, A. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: Uma meta no curso da vida. *Psicol. USP*, 81–94.
- Teixeira, S., Sequeira, C., & Lluch, T. (2020). *Programa de promoção de Saúde Mental Positiva para adultos (Mentis Plus+): Manual de apoio*. A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.
- Teles, S., Ferreira, A., & Paúl, C. (2022). Feasibility of an online training and support program for dementia carers: results from a mixed-methods pilot randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02831-z>
- Thibaut, F. (2017). Anxiety disorders: a review of current literature. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 87–88. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/fthibaut>
- Toro-Tobar, R. A., Grajales-Giraldo, F. L., & Sarmiento-López, J. C. (2016). Suicide risk according to the negative cognitive triad, ideation, despair and depression. *Aquichan*, 16(4), 473–486. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.6>
- World Health Organization. (sem data). *Integrated people-centred care*. https://www.who.int/health-topics/integrated-people-centered-care#tab=tab_3
- World Health Organization. (2007). *People-Centred Health Care: A policy framework*.
- World Health Organization. (2013, Março 31). *Depressive disorder (depression)*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- World Health Organization. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html
- World Health Organization. (2022, Junho 8). *Mental disorders*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

APÊNDICES