



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica**

Relatório de Estágio

**Elaboração do sentido de perda:
intervenção do enfermeiro especialista em
saúde mental e psiquiátrica**

Pedro Miguel Constantino Parrinha



**Lisboa
2021**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica**

Relatório de Estágio

**Elaboração do sentido de perda:
intervenção do enfermeiro especialista em
saúde mental e psiquiátrica**

Pedro Miguel Constantino Parrinha



Orientadora: Professora Doutora Francisca Roberto Manso



**Lisboa
2021**

“Não sei exatamente como será o céu, mas sei que quando morremos e chega a hora de sermos julgados por Deus, Ele não pergunta quantas coisas boas fizemos na vida. Pergunta, antes, quanto amor pusemos em tudo o que fizemos.”

Madre Teresa de Calcutá

DEDICATÓRIA

Aos que partiram,
deixando um vazio irreparável no coração dos que ficaram.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Francisca Roberto Manso, minha orientadora, por ter acreditado no nosso projeto, partilhando comigo a sua sabedoria, motivação e palavras de incentivo, nunca me deixando só nos momentos de maior desalento. O meu profundo obrigado.

Aos meus pais, Manuela e José, por todos os esforços que sempre fizeram, mostrando-me que o trabalho carece de determinação, honestidade e persistência.

À minha madrinha Paula, por ter estado sempre ao meu lado, dizendo-me o quão forte e verdadeiro o meu coração é, incentivando-me constantemente a perseguir os meus sonhos.

Às minhas sobrinhas Ema e à Eva, por todos os abraços repletos de ternura e saudade.

Aos meus avós, a quem muito admiro e estimo, pela forma carinhosa e humilde com que me educaram, ensinando-me o valor da família.

A todos os meus amigos, por não terem desistido de mim nos momentos de ausência, caminhando ao meu lado, mesmo que à distância.

Ao André, por todo o apoio, compreensão, companheirismo, dedicação e empenho, encorajando-me constantemente a acreditar em mim.

Às minhas melhores amigas – Sara, Isa e Helena – por todas as alegrias, tristezas, vitórias e derrotas que partilhámos. Não seria o mesmo se não tivesse o vosso amor, pois as mãos não se soltam quando os laços são eternos.

Às minhas professoras do curso de licenciatura em enfermagem, Maria Fernanda Serrano, Maria Alzira Nunes e Teresa Faia, os meus exemplos de enfermeiro, que “nos dias de sofrimento” acreditaram em mim, motivando-me a ser um enfermeiro inspirador.

Aos professores do curso de mestrado com quem tanto aprendi e que me mostraram que devemos estar sempre permeáveis, de forma consciente e autêntica, à dor mental do Outro.

Aos colegas de mestrado, companheiros de luta e sofrimento, pelas partilhas, pelas gargalhadas e pelo espírito de união que juntos construímos, nomeadamente às minhas “compis” – Carmem, Liliana e Raquel –, amigas com quem compartilhei ansiedades, sucessos, dúvidas e aprendizagens, permitindo dar ao verbo «sentir» um significado especial.

Às instituições e aos enfermeiros orientadores com quem tive o privilégio de me cruzar, e aos utentes que cuido segundo o sentido juramento que fiz para toda a minha vida.

Aos familiares enlutados que, vivenciando a dor da perda, aprendem todos os dias a caminhar de braço dado com a saudade.

A todos aqueles que perdi fisicamente, que saibam que viverão eternamente no meu coração.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	<i>American Psychiatric Association / Associação Americana de Psiquiatria</i>
CID-11	Classificação Internacional de Doenças (11. ^a edição)
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DGS	Direção-Geral de Saúde
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5. ^a edição)
EPI'S	Equipamentos de Proteção Individual
EEESMP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
EE	Enfermeiro Especialista
ESMP	Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
LC	Luto Complicado
MESMP	Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PLCP	Perturbação de Luto Complexo Persistente
PLP	Perturbação de Luto Prolongado
RNCP	Rede Nacional de Cuidados Paliativos
SARS-CoV-2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2</i>
Sr.	Senhor
Sr. ^a	Senhora
SNS	Serviço Nacional de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>

RESUMO

A perda, resultante do processo de doença, afeta negativamente a estrutura familiar. Ao relacionar-se com o investimento afetivo realizado em torno de um vínculo pré-existente, a perda é influenciada pela singularidade da relação, pelos recursos psicossociais disponíveis para lidar com ela e pela presença de fatores de risco prejudiciais à sua capacidade adaptativa.

Perspetivando-se futuramente que o número de indivíduos enlutados apresente sinais e sintomas de adoecer mental associados à perda e a um processo de luto disfuncional devido a perdas inesperadas, constrangimentos nas despedidas e dificuldades na manutenção das relações sociais devido à pandemia de SARS-CoV-2, realizou-se, no âmbito do curso de mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, estágio em duas instituições da área metropolitana de Lisboa, elaborando um projeto transversal aos dois contextos.

Definiram-se como objetivos: analisar as necessidades das famílias enlutadas; compreender a vivência do luto das famílias; apoiar as famílias enlutadas na reconstrução do sistema de significados e no processo de elaboração do luto; compreender o processo de adoecer mental e o sistema de perdas ao longo do ciclo de vida; promover o bem-estar, a otimização e a restituição da saúde mental das pessoas internadas em serviço de psiquiatria; e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas à pessoa com experiência de doença mental.

Utilizaram-se os fundamentos existencial-humanistas e a metodologia de projeto, com vista a desenvolver a relação terapêutica e a implementação de intervenções de enfermagem individuais e grupais com o utente a vivenciar uma situação de perda e luto.

A colheita de dados, realizada através de notas de campo, questionário e entrevista semiestruturada, permitiu uma análise sociodemográfica da amostra e a compreensão do processo de luto, evidenciando aspetos facilitadores e alguns obstáculos prejudiciais ao processo de adaptação psicossocial, o que permitiu implementar intervenções que favorecessem o *insight*, a catarse, a autorregulação emocional e a adoção de estratégias de *coping* mais eficazes no processo de adaptação à perda, apoiando positivamente trajetórias de luto inibidas ou distorcidas.

Palavras-chaves: cuidados paliativos, família, intervenções de enfermagem, processo de luto, saúde mental.

ABSTRACT

The loss, resulting from the disease process, negatively affects the family structure, relating to the affective investment made around a pre-existing bond, influenced by the uniqueness of the relationship, the psychosocial resources available to deal with the loss and the presence of risk factors detrimental to their adaptive capacity.

It is expected in the future that the number of bereaved individuals will present signs and symptoms of mental illness associated with loss and a dysfunctional mourning process due to unexpected losses, embarrassment in farewells and difficulties in maintaining social relationships due to the SARS-CoV-2 pandemic. It was proposed, within the scope of the master's course in mental health and psychiatric nursing, to carry out an internship in two institutions in the metropolitan area of Lisbon, developing a project that cuts across both contexts.

The following objectives were defined: to analyze the needs of bereaved families; understand the experience of mourning families; support bereaved families in the reconstruction of the system of meanings and the process of elaborating grief; understand the process of mental illness and the loss system throughout the life cycle; to promote the well-being, optimization and restoration of the mental health of people hospitalized in a psychiatric service; and develop psychotherapeutic, psychosocial and psychoeducational interventions for people with mental illness experience.

The existential-humanist foundations and the project methodology were used, with a view to developing the therapeutic relationship and the implementation of individual and group nursing interventions with the user experiencing a situation of loss and grief.

Data collection carried out through field notes, questionnaire and semi-structured interviews allowed a sociodemographic analysis of the sample and an understanding of the mourning process, highlighting facilitating aspects and some harmful obstacles to the process of psychosocial adaptation, which allowed the implementation of interventions that favored the insight, catharsis, emotional self-regulation and the adoption of more effective coping strategies in the process of adapting to the loss, positively supporting inhibited or distorted grief trajectories.

Keywords: palliative care, family, nursing interventions, mourning process, mental health.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	12
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
1.1. A trajetória da doença incurável na família	15
1.2. Elaboração do sentido de perda e construção do processo de luto	17
1.3. O adoecer mental no seio da família enlutada	18
1.4. O enfermeiro como facilitador da integração da perda.....	21
1.5. Modelos conceptuais de adaptação à perda	23
1.6. O modelo sistémico de Betty Neuman na prática de enfermagem.....	25
2. PERCURSO DE ESTÁGIO E OPÇÕES METODOLÓGICAS.....	28
2.1. Estágio no serviço de internamento em psiquiatria e saúde mental	28
2.1.1. Breve caracterização do contexto.....	28
2.1.2. Da avaliação diagnóstica ao planeamento das intervenções em enfermagem.....	29
2.1.3. O uso dos mediadores expressivos artísticos na intervenção em enfermagem...	30
2.1.4. Desenvolvimento da intervenção psicoterapêutica e psicossocial com a pessoa com experiência de doença mental.....	32
2.1.4.1. Breve descrição e análise da primeira sessão: “O presente de Natal”	34
2.1.4.2. Breve descrição e análise da segunda sessão: “O meu retrato”.....	37
2.1.4.3. Breve descrição e análise da terceira sessão: “A pessoa importante”	39
2.1.4.4. Breve descrição e análise da quarta sessão: “O eu emocional”.....	42
2.2. Estágio em contexto comunitário.....	47
2.2.1. Breve caracterização do contexto.....	47
2.2.2. Da avaliação inicial ao planeamento das intervenções em enfermagem.....	49
2.2.3. Do planeamento à implementação e avaliação das intervenções de cariz psicoterapêutico e psicoeducativo com a pessoa enlutada.....	51
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....	58
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS.....	66

APÊNDICES

APÊNDICE I - Obras artísticas resultantes da 1.^a sessão do programa de intervenção

APÊNDICE II - Obras artísticas resultantes da 2.^a sessão do programa de intervenção

APÊNDICE III - Obras artísticas resultantes da 3.^a sessão do programa de intervenção

APÊNDICE IV - Obras artísticas resultantes da 4.^a sessão do programa de intervenção

APÊNDICE V - Caracterização sociodemográfica em contexto comunitário

APÊNDICE VI - Formulário de apreciação do familiar enlutado

APÊNDICE VII - Pedido de autorização para utilização do instrumento PG-13

APÊNDICE VIII - Folheto informativo

APÊNDICE IX - Apresentação PowerPoint[®] de formação em serviço

ANEXOS

ANEXO I - Critérios de cotação do instrumento de avaliação PG-13

ANEXO II - Certificado de participação no “I Simpósio Internacional de Pesquisa em Cuidados Paliativos”

ANEXO III - Certificado de participação em Webinar “Luto em cuidados de saúde”

ANEXO IV - Certificado de participação em Webinar “Luto antecipatório dos familiares em cuidados paliativos”

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Programa de intervenção psicoterapêutico e psicossocial em psiquiatria.....	33
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra incluída na 1. ^a sessão	34
Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica da amostra incluída na 2. ^a sessão	37
Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica da amostra incluída na 3. ^a sessão	40
Tabela 5 - Caracterização sociodemográfica da amostra incluída na 4. ^a sessão	43

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Aspectos facilitadores na integração da perda.....	53
Quadro 2 - Obstáculos ao processo de adaptação à perda.....	54

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Produção artística da Sr. ^a D. M.....	35
Figura 2 - Produção artística da Sr. ^a M. G.....	38
Figura 3 - Produção artística da Sr. ^a C. M.....	41
Figura 4 - Produção artística da Sr. ^a C. P.	43
Figura 5 - Produção artística do Sr. J. F.	44
Figura 6 - Produção artística do Sr. M. O.....	44
Figura 7 - Produção artística do Sr. S. L.	45
Figura 8 - Produção artística da Sr. ^a S. G.....	45
Figura 9 - Produção artística da Sr. ^a S. M.	45

INTRODUÇÃO

A investigação em contextos de doença oncológica avançada e terminal demonstra o impacto negativo desta fase na saúde mental dos familiares, especificamente nos cuidadores, apresentando estes elevados níveis de *distress*, sobrecarga, sentimentos de culpa e uma diminuição da qualidade de vida (Areia, Major, Fonseca, Oliveira & Relvas, 2020). Estes autores consideram primordial a necessidade de uma mudança de paradigma nos cuidados em fim de vida, havendo uma clara transição na abordagem dos cuidados focada no utente para uma abordagem dos cuidados focada no sistema familiar.

De acordo com as propostas estimadas para o biénio 2019-2020 pelo Ministério da Saúde, a população portuguesa aumentou a sua necessidade de cuidados paliativos, sendo este aumento reflexo do envelhecimento prolongado da população e das doenças dele resultantes, nomeadamente as doenças oncológicas e degenerativas (Despacho n.º 3721/2019, 2019; Neto, 2020).

A vivência da perda é uma experiência subjetiva, pungente e individual, sendo por vezes difícil de definir qual o tipo de apoio de que a família necessita. Desta forma, o apoio à pessoa enlutada deve ser baseado numa avaliação individual, a fim de evitar perturbações mentais associadas ao seu processo de luto (Jones, Puntillo, Donesky & McAdam, 2018; Pearce, Wong & Barclay, 2021).

Os últimos dados divulgados pela Direção-Geral de Saúde (2019) destacavam que apenas 43% dos familiares enlutados que preencheram os critérios de perturbação de luto prolongado obtiveram apoio especializado no seu processo de luto, constatando-se uma subutilização dos cuidados de saúde (Norma 003/2019, 2019).

A perturbação do luto como foco de intervenção é descrita no DSM-5 (2014) e na CID-11 (WHO, 2018a), destacando o aumento da incidência de sintomas de complicação do processo de luto após uma perda. Bruno et al. (2019) salientaram na sua investigação que 25,9% dos cuidadores familiares de utentes com doença oncológica terminal apresentavam alto risco de luto complicado, o que comprova que a incidência de perturbações associadas ao processo de luto tem apresentado um aumento significativo, carenciando de especial atenção e intervenção por parte dos profissionais de saúde (Bruno et al., 2019; Norma 003/2019, 2019; Johannsen et al., 2019).

Atualmente, devido à pandemia de SARS-CoV-2 e às restrições impostas para controlo da transmissão da infeção, é expectável que nos próximos anos as taxas de incidência e prevalência de perturbações associadas ao processo de luto aumentem devido a perdas

inesperadas, a constrangimentos na despedida e nos rituais fúnebres, e também devido ao isolamento social e às dificuldades na manutenção de relações sociais (Das, Singh, Varma & Arya, 2021; Pearce, Wong & Barclay, 2021; McCallum, Walthall, Aveyard & Jackson, 2021; Rocha, Barros, Oliveira & Almeida-Júnior, 2021).

Neste sentido, quer pela exposição enquanto profissional de saúde a este flagelo da sociedade e à decorrente necessidade de prestar cuidados de qualidade, quer pela motivação pela temática dos cuidados paliativos e a sua influência no processo de adoecer mental, emergiu a necessidade de avaliar as funcionalidades da família e identificar alterações na dinâmica quotidiana e na elaboração do luto, introduzidas pelo processo de doença incurável e pela perda, pelo que nos propusemos implementar intervenções de enfermagem para orientar o familiar enlutado em risco de luto complicado na estruturação e no significado do sentido de perda, promovendo os seus recursos internos e as estratégias de *coping*, encaminhando-o para as principais fontes de apoio.

Quanto à temática da elaboração do luto, embora fosse mais direcionada para o contexto comunitário, procurámos desenvolver intervenções de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica a utentes internados num serviço de psiquiatria, igualmente com o intuito de compreender o sentido da elaboração das perdas no seu ciclo vital, garantindo a assistência e a ajuda à pessoa e à família na manutenção, otimização e recuperação da sua saúde, prevenindo o adoecer mental associado à perda (Regulamento n.º 515/2018, 2018).

O presente relatório de estágio insere-se no 11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, lecionado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, visando apresentar uma reflexão profunda dos conhecimentos mobilizados e das competências adquiridas enquanto futuro EEESMP no acompanhamento e na intervenção com utente em situação de perda e luto.

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura em obras literárias de referência e nos motores de busca que constituem a base de dados *EBSCO*, nomeadamente na *CINAHL Complete* e *MEDLINE Complete*, adotando preferencialmente o espaço temporal de 2015 a 2021 e publicações com texto integral, em língua portuguesa, inglesa e espanhola, o que resultou numa compilação de artigos científicos atuais e pertinentes relativamente à temática em estudo.

Adotou-se uma metodologia de projeto reflexiva e descritiva, fundamentada no raciocínio clínico em enfermagem. O projeto de estágio foi transversal aos dois contextos de estágio, sendo que os objetivos delineados foram:

- analisar as necessidades das famílias enlutadas;
- compreender a vivência do luto das famílias;

- apoiar as famílias enlutadas na reconstrução do sistema de significados e no processo de elaboração do luto;
- compreender o processo de adoecer mental e o sistema de perdas ao longo do ciclo de vida;
- desenvolver intervenções psicoterapêuticas e psicossociais (psicoeducativas) à pessoa com experiência de doença mental, com base nos pressupostos existencial-humanistas da relação terapêutica;
- promover o bem-estar, a otimização e a restituição da saúde mental das pessoas internadas em serviço de psiquiatria.

Os três primeiros objetivos dizem respeito ao projeto realizado no contexto comunitário e os três últimos são relativos ao estágio desenvolvido em serviço de internamento de psiquiatria de agudos.

O trabalho foi sustentado numa perspetiva de enfermagem eclética, integrando várias correntes teóricas: a abordagem centrada na pessoa, os modelos de adaptação à perda e o modelo sistémico de Betty Neuman, visto este modelo permitir uma compreensão sistemática e holística dos stressores associados à perda, facilitando a avaliação, o planeamento e a implementação de intervenções da enfermagem de forma direcionada, com vista a prevenir e atuar sobre os eventos indesejáveis e o aparecimento de sintomas psicopatológicos resultantes desta perda.

O relatório encontra-se dividido em quatro partes principais: na primeira parte, o enquadramento conceptual reúne um conjunto de saberes teóricos que evidenciam a trajetória da doença incurável na família, o processo de adaptação à perda e a sua influência no adoecer mental.

De seguida, realizamos uma breve descrição dos contextos de estágio, as etapas do percurso e as decisões clínicas e metodológicas nos dois contextos, analisando as intervenções implementadas ao longo do percurso com o intuito de dar resposta à seguinte questão de partida: quais as necessidades e as atitudes facilitadoras na elaboração do processo de perda sentidas pelo utente?

A terceira parte do relatório compreende uma reflexão crítica relativamente à aquisição das competências comuns e específicas do EEESMP em torno de todo o percurso desenvolvido.

Este relatório culmina com o capítulo final, que engloba as considerações finais e as perspetivas futuras para a investigação em enfermagem, seguindo-se as referências, os apêndices e os anexos.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. A trajetória da doença incurável na família

As famílias são sistemas sociais complexos, com mecanismos de *coping* e defesa próprios (Rodrigues, 2017). A mesma autora apoia-se na definição de que a família é o grupo cujos elementos o utente reconhece como tal, mesmo que não partilhem laços sanguíneos, que lhe são mais significativos e que o mesmo identifica como imprescindíveis.

A doença de um membro da família é simultaneamente uma doença familiar, pelo que o utente e a família devem constituir-se como foco de intervenção da equipa terapêutica. O impacto da doença terminal no ambiente familiar depende da personalidade e das circunstâncias pessoais do utente, da natureza e qualidade das relações familiares, das reações do utente e da família a perdas anteriores, da estrutura prévia da família e de apoios existentes na comunidade (Guarda, Galvão & Gonçalves, 2016; Abreu-Filho, 2017; Neto, 2020).

O diagnóstico e o prognóstico, o tratamento e as hospitalizações, a remissão, a recidiva e o fim de vida são frequentemente identificados pelos próprios familiares como sendo momentos potencializadores de angústia e sofrimento (Foucault & Mongeau, 2018).

Embora a OMS defenda a inclusão das famílias nas diretrizes dos cuidados paliativos, ainda é pouco evidente qual o tipo de suporte ideal para os familiares, existindo, na perspetiva de Areia, Major, Góngora, Oliveira & Relvas (2020), lacunas na literatura relativamente ao suporte familiar. Resultados contidos na sua investigação descrevem que as intervenções focadas nos familiares apresentam-se breves na duração e são praticadas por profissionais fora do âmbito da saúde mental, o que torna o diagnóstico diferencial, a avaliação dos riscos e a abordagem ao luto complicado pouco reconhecidos (Areia, Major, Góngora, Oliveira & Relvas, 2020).

Os mesmos autores referem que os familiares do utente com experiência de doença oncológica terminal são altamente suscetíveis a níveis elevados de sobrecarga, o que influencia negativamente a sua qualidade de vida, levando a uma deterioração progressiva da sua saúde mental.

Nesta perspetiva, o cuidar, que abrange as necessidades psicossociais da família, pressupõe o direito à informação, o incentivo à autonomia e o respeito pelas suas escolhas e partilhas, transmitindo à família e ao utente que não serão abandonados nesta fase angustiante das suas vidas. Este apoio é fundamental para que possam ser delineadas metas, objetivos e estratégias para suportar a trajetória da doença incurável, ao mesmo tempo que se

começa a integrar as perdas que ocorrem no curso natural da doença (Guarda, Galvão & Gonçalves, 2016; Neto, 2020).

A possibilidade de abordar com a família questões ligadas à morte, a discussão de situações passíveis de acontecer e os meios existentes para aliviar o sofrimento do utente e da família apresentam um efeito benéfico na diminuição da ansiedade e na adaptação ao processo de perda, contribuindo para uma melhoria da sua saúde mental (Fernandes, 2016; Foucault & Mongeau, 2018; Neto, 2020).

Deste modo, a conferência familiar, que incentiva a partilha e a valorização do trabalho realizado pelos profissionais de saúde e pela família, reconhece o impacto que a evolução da doença envolve na estrutura e dinâmica familiar, proporcionando cuidados antecipatórios e a valorização de sentimentos face à morte, permitindo que, em conjunto, se possam elaborar e hierarquizar problemas, discutir as diferentes opções de resolução das situações e estabelecer consensos, decisões e planos (Fernandes, 2016; Guarda, Galvão & Gonçalves, 2016; Foucault & Mongeau, 2018; Neto, 2020).

Estas intervenções precoces com as famílias enlutadas constituem um desafio que pretende facilitar o seu encaminhamento para serviços de saúde e profissionais de saúde mental, a fim de garantir uma monitorização especializada das suas necessidades ao longo do processo de perda (Areia, Major, Fonseca, Oliveira & Relvas, 2020; Areia, Major, Góngora, Oliveira & Relvas, 2020).

Neto (2020) recupera alguns aspetos sobre o sofrimento em cuidados paliativos, associando-os à teoria de Maslow, para quem a família em sofrimento assenta a base da sua pirâmide nas suas necessidades fisiológicas ou de sobrevivência, seguindo-se as necessidades de proteção e segurança, tendo em conta as suas dúvidas e os seus receios. O degrau superior representa as necessidades da partilha familiar, do amor, da pertença e do respeito, ficando o topo cingido à necessidade de autorrealização, associada à busca de sentido e de reconciliação pessoal com a doença, com as perdas ocorridas e com a morte iminente.

Os cuidados paliativos não terminam quando o utente morre, mas permitem facilitar e integrar de forma sistemática na família o apoio que se inicia antes da morte e que continua ao longo do processo de luto, possibilitando trabalhar as diferentes manifestações resultantes da perda (Twycross, 2003; Barbosa, 2016b; Fernandes, 2016; Foucault & Mongeau, 2018; Neto, 2020).

1.2. Elaboração do sentido de perda e construção do processo de luto

A perda, resultante do processo incurável da doença, abala negativamente a estrutura familiar. O conceito deriva do latim «*perdita*» e é utilizado para nomear a separação ou ausência de um objeto de vinculação. Este conceito abrange duas componentes fundamentais: o tipo de perda ocorrido e a resposta associada a essa perda (Bowlby, 2004; Barbosa, 2016b).

Relativamente ao tipo de perda, esta pode ser real, o que remete para a perda de uma pessoa, de uma parte do corpo ou de um relacionamento, enquanto a perda simbólica relaciona-se com a perda de um ideal, de uma expectativa ou de uma potencialidade (ex.: perda de saúde ou papel social). A resposta à perda variará conforme os diferentes mecanismos internos e externos, que potenciarão um desenvolvimento evolutivo ou involutivo a esta circunstância (Barbosa, 2016b; Neto, 2020).

Perante a irreversibilidade e a progressão de uma doença incurável, ocorrem diversas perdas em simultâneo, causadoras de insegurança, ansiedade, sofrimento e angústia. Essas perdas podem ser vivenciadas a diferentes níveis: a) físico, como partes do corpo ou funções corporais; b) emocional, como a perda da autoimagem e a dificuldade na autorregulação emocional; c) cognitivo, verificando-se alterações na memória e no funcionamento cognitivo; d) social, como perda da vida familiar, laboral e de papéis sociais desempenhados; e) espiritual, traduzido na perda da esperança, do valor pessoal e do sentido transcendente da vida (Twycross, 2003; Barbosa, 2016b; Rebelo, 2019; Allard, Genest & Legault, 2020; Cardoso et al., 2020).

O luto, resultante da realidade da perda, relaciona-se com o investimento afetivo realizado em torno de um vínculo pré-existente. Freud (1917), no seu livro *Luto e Melancolia*, abordou a influência que a perda comporta na manutenção da vinculação, descrevendo que quanto maior o vínculo existente entre a pessoa e o objeto, maior o investimento (Freud, 1917; Coimbra de Matos, 2014). Na ausência do objeto de interesse, a sua representação permanece na psique, sendo este objeto superado através da elaboração do sentido de perda e elaboração do trabalho de luto (Freud, 1917; Coimbra de Matos, 2014).

Indo ao encontro dos anteriores autores, afirma-se que a perda e o luto se constituem como um processo complexo de transição, que se intercala com a dinâmica e a história familiar, a circunstância da perda, as crenças e os valores de cada família (Kovács, 2008, 2010; Barbosa, 2016a, 2016b; Horta & Daspett, 2017; Zanelatto & Bueno, 2017; Areia, Major, Góngora, Oliveira & Relvas, 2020; Sampaio, Gonçalves & Sequeira, 2020).

Deste modo, pode-se afirmar que no seio da mesma família a perda é simultaneamente comum, pois todos os elementos partilham emoções e sentimentos idênticos resultantes da sua

separação, e única, na medida em que cada elemento da família atribui um significado específico a essa perda, associado ao vínculo que detinha com a pessoa perdida ou à fase do ciclo vital onde se encontrava o falecido e o enlutado (Kovács, 2008, 2010; Barbosa, 2016a, 2016b; Horta & Daspett, 2017; Zanelatto & Bueno, 2017; Areia, Major, Góngora, Oliveira & Relvas, 2020; Sampaio, Gonçalves & Sequeira, 2020).

Constituindo-se como um processo dinâmico durante o qual a pessoa se ajusta à perda do ente querido, o luto é uma resposta natural e instintiva à morte, manifestando-se em diferentes dimensões (emocionais, físicas, sociais e cognitivas), com níveis flutuantes de intensidade, associado a um intenso sofrimento físico e mental face às sucessivas perdas resultantes do adoecer da pessoa querida e à iminência da morte que se aproxima, relacionando-se com a singularidade da relação que o familiar enlutado detém, os recursos pessoais e sociais de que dispõe para lidar com a perda, assim como com a presença de fatores de risco que influenciem negativamente a sua capacidade adaptativa (Twycross, 2003; Kovács, 2008, 2010; Barbosa, 2016a, 2016b; Jones, Puntillo, Donesky & McAdam, 2018; Rebelo, 2019; Sampaio, Gonçalves & Sequeira, 2020; Pearce, Wong & Barclay, 2021).

Não sendo compreendido como um processo linear, a elaboração do sentido de perda constitui-se como um processo individual, complexo e dinâmico, no qual o ente perdido, em vez de rejeitado, é assimilado pelo enlutado (Kovács, 2008, 2010; Barbosa, 2016b; Horta & Daspett, 2017; Zanelatto & Bueno, 2017; Areia, Major, Góngora, Oliveira & Relvas, 2020; Sampaio, Gonçalves & Sequeira, 2020).

O conhecimento e a consciencialização deste processo permitem favorecer a compreensão das diferentes reações vivenciais dos familiares, facilitando a concretização de tarefas relacionais no fim de vida, como a capacidade de estar presente, de expressar sentimentos de gratidão, amor e perdão, permitindo que a despedida se efetue de uma forma mais tranquila e o processo de luto se inicie antes da perda (Pearce, Wong & Barclay, 2021; Pearce, Wong, Kuhn & Barclay, 2021). Esta interação atenua a intensidade da reação após a morte, permitindo ao enlutado sentir-se menos vulnerável ao choque e a reações inadaptativas resultantes desta, iniciando o processo de luto de uma forma mais facilitada e integrativa (Barbosa, 2016b; Cardoso et al., 2020; Sampaio, Gonçalves & Sequeira, 2020).

1.3. O adoecer mental no seio da família enlutada

O processo de luto considera-se integrado quando a irreversibilidade clara da perda do familiar é assumida, o que inclui aspetos mentais e comportamentais sobre o processo

de doença e morte de forma sintónica. Nesta aceitação, o falecido e os aspetos vividos são recordados sem a presença de intensa dor emocional, observando-se, ao mesmo tempo, o reinteresse na vivência de novas emoções e laços afetivos com alegria, prazer e sem sentimentos de culpa, e o reconstruir de novos significados com o mundo interno, externo e transcendente (Barbosa, 2016b; Cardoso et al., 2020; Sampaio, Gonçalves & Sequeira, 2020).

No entanto, determinados fatores de risco podem elevar a probabilidade de uma complicação do processo de luto. A solidão, a ansiedade, o desejo da presença do relacionamento próximo com a pessoa falecida e a sensação de vazio ou falta de sentido na vida, pensamentos intrusivos recorrentes, sentimentos de culpa pela morte, entorpecimento emocional, choque ou descrença, a natureza do relacionamento com o familiar falecido, traços de personalidade, idade do cuidador, estratégias de *coping* ineficazes, história psiquiátrica prévia, comorbilidades associadas e fatores socioeconómicos devem ser tidos em conta no processo de luto e adaptação à perda (APA, 2014; Tofthagen, Kip, Witt & McMillan, 2017; Nakajima, 2018; Perng & Renz, 2018; WHO, 2018a; Bruno et al., 2019; Pearce, Wong & Barclay, 2021).

Bruno et al. (2019) descrevem igualmente como fatores prejudiciais à integração da perda a presença de alexitimia, o baixo apoio familiar, a existência de baixa autoestima e a reduzida tolerância à frustração, sendo a incidência de distúrbios associados à perda mais prevalente em indivíduos do género feminino.

Atualmente, devido à pandemia de SARS-CoV-2, autores como Cardoso et al. (2020), Das, Singh, Varma & Arya (2021), Pearce, Wong & Barclay (2021), McCallum, Walthall, Aveyard & Jackson (2021) e Rocha, Barros, Oliveira & Almeida-Júnior (2021) inserem novos fatores que podem influenciar a adaptação ao processo de perda e luto, nomeadamente o estigma associado à infeção, a discriminação e o isolamento social que ocorrem devido à dificuldade na comunicação com a equipa hospitalar ou a suspensão de visitas no internamento, mas também os constrangimentos ou impedimento na realização de rituais fúnebres e a falta de suporte familiar e social pelas restrições impostas para controlo da pandemia. Embora não exista um espaço temporal para se assimilar a perda e se integrar o processo de luto, a evidência científica adverte para a existência de sintomas prolongados e persistentes de sofrimento físico, mental e social a partir dos seis meses após a perda, devendo o familiar enlutado ser acompanhado e monitorizado regularmente. Esta monitorização deve ser realizada o mais precocemente possível, de forma a identificar a existência de desvios às normais reações esperadas, compreendendo a necessidade de uma intervenção mais estruturada por parte dos profissionais de saúde mental (Barbosa, 2016b; Worden, 2018; Norma 003/2019, 2019; Areia, Major, Góngora, Oliveira & Relvas, 2020;

Iglewicz et al., 2020; Muhammed, Dodd, Guerin, Delaney & Dodd, 2021; Pearce, Kuhn & Barclay, 2021).

Aproximadamente 1/3 dos indivíduos enlutados experimenta uma reação atípica à perda, em termos de curso e intensidade, descrita por uma experiência emocional crônica, intensa ou inibida, com presença de morbidade física e psiquiátrica caracterizada por sintomas negativos, sentimentos de inutilidade, sensação de desapego, descrença, ansiedade, depressão e comportamentos nocivos para a saúde, comprometimento das funções sociais, assim como risco acrescido de pensamentos suicidas (Barbosa, 2016a, 2016b; Enez, 2017; Lai et al., 2017; Jones, Puntillo, Donesky & McAdam, 2018; Perng & Renz, 2018; Bruno et al., 2019; Norma 003/2019, 2019; Rebelo, 2019).

Vários termos têm sido utilizados para referir esta condição de sofrimento persistente e prejudicial no processo de luto, tais como perturbação de luto prolongado (PLP), perturbação de luto complexo persistente (PLCP) ou luto complicado (LC) (Tofthagen, Kip, Witt & McMillan, 2017; Jones, Puntillo, Donesky & McAdam, 2018; Perng & Renz, 2018; Nakajima, 2018; Bruno et al., 2019; Rebelo, 2019; Areia, Major, Fonseca, Oliveira & Relvas, 2020; Iglewicz et al., 2020; Mason, Tofthagen & Buck, 2020; Sampaio, Gonçalves & Sequeira, 2020). As suas diversas designações resultam de diferentes sistemas de classificação por parte dos autores e à falta de uniformização de como o luto deve ser perspetivado.

Inicialmente, no DSM-IV, o distúrbio associado ao processo de luto encontrava-se incluído na perturbação depressiva maior. A necessidade de estudar os processos desadaptativos associados à perda contribuiu positivamente para a sua transição como perturbação mental individual, resultando na redução de erros de diagnóstico e na adequação de estratégias precoces de deteção e intervenção (APA; 2014; Brinkmann, 2018; Areia, Major, Góngora, Oliveira & Relvas, 2020).

No DSM-5 (APA, 2014) e na CID-11 (WHO, 2018a), esta perturbação assume designações diferentes – PLCP e PLP, respetivamente –, compartilhando sintomas de angústia da separação e persistente desejo, dor emocional e preocupação com o falecido, em associação com outras manifestações e critérios específicos de diagnóstico (APA, 2014; Nakajima, 2018; Perng & Renz, 2018; WHO, 2018a; Bruno et al., 2019).

Na PLCP, é requerido que, desde a morte, pelo menos um sintoma (saudade persistente do falecido; intenso pesar e dor emocional em resposta à morte; preocupação com o falecido; preocupação com as circunstâncias da morte) tenha persistido, no mínimo, por doze meses no adulto e seis meses na criança, associado a seis sintomas persistentes na maioria dos dias após a perda: marcada dificuldade em aceitar a morte; entorpecimento emocional quanto à perda;

dificuldade em memórias positivas relativamente ao falecido; amargura ou raiva relacionada à perda; avaliações desadaptativas em relação a si mesmo; evitação excessiva de lembranças da perda; desejo de morrer; dificuldade em confiar em outros após a morte; sentir-se sozinho ou isolado após a morte; sentir que a vida não tem sentido sem o falecido; confusão quanto ao seu papel na vida; dificuldade ou relutância em procurar interesses após a morte (APA, 2014; Nakajima, 2018; Perng & Renz, 2018; Bruno et al., 2019).

Na PLP, o diagnóstico é elaborado na presença de um dos sintomas persistentes (anseio persistente e difundido pelo falecido; preocupação persistente e difundida pelo falecido) por um período anormalmente longo de tempo (mais de seis meses, no mínimo, após a perda), acompanhado de intensa dor emocional, dificuldade em aceitar a morte, incapacidade em experimentar um humor positivo, entorpecimento emocional e dificuldade em envolver-se em atividades sociais ou outras (Nakajima, 2018; Perng & Renz, 2018; WHO, 2018a; Bruno et al., 2019; Norma 003/2019, 2019).

1.4. O enfermeiro como facilitador da integração da perda

A ajuda do profissional de saúde mental assume especial valorização na intervenção familiar ao avaliar as necessidades dos enlutados, facilitando a elaboração do sentido de perda e o processo de luto (Barbosa, 2016b; Tofthagen, Kip, Witt & McMillan, 2017; Worden, 2018; Areia, Major, Góngora, Oliveira & Relvas, 2020; Allard, Genest & Legault, 2020; Amaral, Almeida & Sousa, 2020; Cardoso et al., 2020; Sampaio, Gonçalves & Sequeira, 2020; Sampaio, Sequeira & Lluch-Canut, 2020).

Considerando o potencial da intervenção do enfermeiro para oferecer cuidados às famílias, visto ser o profissional de saúde que mais tempo passa com elas, considera-se fulcral o questionamento sobre a assistência oferecida no momento da crise e as intervenções realizadas para prestar o melhor cuidado aos familiares enlutados, adequando estratégias de apoio e prevenção nas complicações no processo de luto (Shariff, Olson, Salas & Cranley, 2017; Silva et al., 2018; Sampaio, Gonçalves & Sequeira, 2020).

Desta forma, as necessidades do enlutado, em sofrimento intenso e profundo, requerem do EEESMP uma intervenção terapêutica de apoio alicerçada em evidência científica com vista ao seu alívio, bem como influenciar positivamente trajetórias de luto inibidas ou distorcidas, de forma a restabelecer o seu normal funcionamento de adaptação (Barbosa, 2016b; Worden, 2018; Rebelo, 2020; Sequeira, 2020a, 2020b).

A natureza da intervenção terapêutica com a pessoa em fim de vida e com os seus familiares incentiva o enfermeiro a desenvolver o autoconhecimento e a autoconsciência emocional, pois, ao confrontar-se com os seus próprios sentimentos, comunica e reflete com a pessoa que está em sofrimento e com a família.

Goleman (2020) aborda várias competências emocionais (a autoconsciência, a autorregulação, a empatia, a automotivação e as aptidões sociais), como competências da inteligência emocional, que facilitam o intercâmbio relacional, a autoestima e autoconfiança, a capacidade de tomada de decisão e uma diminuição dos níveis de ansiedade e stresse.

Segundo Rogers (2009), a compreensão empática, a aceitação incondicional, a congruência, a autenticidade e o respeito caloroso são atitudes não-diretivas da relação centrada na pessoa, na família ou no grupo, que o autor indica em vários contextos em que se desenvolvem relações de ajuda interpessoais, cujo objetivo é promover o crescimento e a maturidade, aumentando a sua capacidade para enfrentar a vida.

A relação de ajuda no luto permite ao Outro gerir e viver em maior harmonia e reciprocidade, acompanhando a família no seu processo de transição e crise, visando fornecer-lhe uma reconstrução do sentido de perda (Chalifour, 2008, 2009; Rogers, 2009; Foucault & Mongeau, 2018; Sequeira, 2020a, 2020b).

As estratégias de comunicação terapêutica, como a escuta ativa, a assertividade, a reformulação, a validação, o *feedback*, a expressão facial, o contacto visual, o silêncio, o toque e a postura, entre outras, associadas à criação de um *setting* terapêutico próprio, promovem a relação de ajuda, essencial para a identificação dos problemas do utente e da família, contribuindo para a manutenção da autonomia e para a tomada de decisões esclarecidas por todos os intervenientes, fornecendo uma perceção mais lúcida e completa dos processos comunicativos e das necessidades resultantes da perda (Lazure, 1994; Chalifour, 2008, 2009; Querido, Salazar & Neto, 2016; Foucault & Mongeau, 2018; Sequeira, 2020a, 2020b).

Deste modo, desenvolver uma comunicação com o utente e ajudá-lo a elaborar o seu sentido de perda não é uma competência inata; o profissional adquire-a através da formação e da prática, tendo em conta que a relação que o profissional estabelece é essencial e este pode constituir-se como um instrumento terapêutico fundamental que permite reduzir a incerteza, melhorar os relacionamentos e indicar ao utente e à sua família uma direcção (Twycross, 2003; Foucault & Mongeau, 2018; Sequeira, 2020a, 2020b; Neto, 2020).

Ao implementar intervenções de cariz psicoterapêutico e psicoeducativo, com o intuito de promover o autoconhecimento, a autorregulação emocional e a adaptação psicossocial, o EEESMP permite-se intervir como mediador do processo de adaptação à perda,

estabelecendo com a pessoa enlutada uma relação terapêutica satisfatória e eficaz mediante o uso de técnicas relacionais, procurando estimulá-la a refletir ativamente sobre as próprias palavras, favorecendo a catarse e a expressão de emoções e sentimentos reprimidos, incentivando-a, de forma empática e compreensiva, à adoção de pensamentos e percepções positivos e ao reconhecimento das diferentes manifestações e respostas à perda (Barbosa, 2016b; Amaral, Almeida & Sousa, 2020; Sequeira, 2020a, 2020b).

Foucault & Mongeau (2018) descrevem algumas intervenções específicas que se inserem nas competências específicas do EEESMP e que permitem facilitar o acompanhamento dos familiares que enfrentam uma intensificação afetiva resultante do processo de perda, nomeadamente:

- refletir, enquanto interveniente na relação terapêutica, sobre os próprios valores e crenças quanto à expressão de emoções e sentimentos resultantes do processo de perda;
- informar os familiares dos efeitos adversos da inibição emocional, explicando-lhes que sentimentos negativos e somatizações poderão resultar do facto de estes reprimirem os seus sentimentos face à perda;
- sugerir ao familiar que identifique as alterações que a doença do seu ente querido implica nas suas atividades pessoais, sociais e profissionais;
- fornecer informações pertinentes sobre a doença, a sua evolução e a fase terminal, diminuindo a ansiedade, a angústia e a impotência;
- apoiar os familiares de modo a que encontrem um lugar na vida da pessoa em fim de vida, possibilitando reparar aspetos do passado e dar sentido à sua presença;
- legitimar e normalizar o estado de tristeza dos familiares, permitindo-lhes sentirem-se apoiados numa emoção que deverá ser sentida e manifestada, ausente de juízos de valor;
- refletir sobre as expectativas irrealistas que os familiares mantêm;
- aceitar a raiva e a agressividade dos familiares face à sua impotência, explorando com eles a causa, demonstrando uma compreensão empática e calorosa;
- avaliar regularmente no familiar enlutado a capacidade de cuidar de si próprio, de modo a identificar de que forma consegue satisfazer as suas próprias necessidades.

1.5. Modelos conceptuais de adaptação à perda

Diversos autores têm investigado a adaptação à perda e a sua influência na trajetória do processo de luto. Estes referenciais conceptuais têm sido utilizados para uma melhor

compreensão dos mecanismos de adaptação, bem como das respostas características à perda e à elaboração do processo de luto.

Bowlby (1980; 2004) referia que o desequilíbrio que resulta da perda abala o sistema de vinculação da pessoa enlutada, motivando-a a procurar comportamentos que lhe transmitam segurança. Desta forma, a elaboração do processo de luto incute no enlutado, após o entorpecimento inicial, a negação pela morte e a busca pelo objeto perdido, uma necessidade que pode dar origem a uma readaptação e reorganização dos processos afetivos, ocorrendo, assim, a aceitação pela perda.

Elisabeth Kübler-Ross (2017) descreveu cinco estádios pelos quais o enlutado passa no processo de luto, ocorrendo inicialmente uma negação da perda como mecanismo de defesa, ilustrada por manifestações de isolamento, raiva, protesto e negociação mental resultante da morte, de forma a libertar a tensão acumulada pelo elevado sofrimento causado.

Após a consciencialização de que a perda ocorreu e que o retorno do ente querido é impossível, verifica-se um processo de depressão e lamentação, importante para a aceitação inevitável da perda sofrida, permitindo uma renovação do significado da vida e a manutenção de uma resposta mais efetiva e integrada (Abreu-Filho, 2017; Kübler-Ross, 2017; Corr, 2020).

Stroebe & Schut (1999; 2021) introduziram o modelo de processo duplo de adaptação à perda, focado na forma como a pessoa enlutada a vivencia e a supera. Este modelo assume uma perspetiva flexível e dinâmica na oscilação de emoções positivas e negativas relativas à perda, minimizando as suas consequências físicas e psicossociais através de estratégias adaptativas que oscilam entre os stressores orientados para a perda e os orientados para a restauração e recuperação. Esta oscilação permite a reconstrução do sentido de perda através de um processo de *coping* regulador e eficaz (Horta & Daspett, 2017; Lundberg et al., 2018).

Barbosa (2016b), através do seu modelo de tripla integração, considera que a reação à perda se interliga em três níveis de vivência (intrapessoal, interpessoal e transpessoal), e que ela se desenvolve através de três mecanismos de adaptação (evitamento, assimilação e acomodação).

A nível intrapessoal, a realidade da perda compreende-se através da elaboração emocional, cognitiva e existencial da dor, dando-lhe alguma forma de expressão (verbal, não-verbal e comportamental); a nível interpessoal, a relação com a pessoa perdida é convertida, transitando de uma presença efetiva a uma memória simbólica integrada e serena; a nível transpessoal, a exposição à morte relaciona-se com a transcendência e a procura de significado do sentido da perda através do desenvolvimento de uma nova identidade na qual o ente querido está ausente (Barbosa, 2016b; Pimenta & Capelas, 2020).

Este modelo de integração contempla a consciencialização e a interligação de três propósitos de intervenção (aceitação da perda, adaptação à vida sem o objeto perdido e aquisição de significado) que, através da interiorização em si, interconexão com o outro e identificação com o mundo, pretendem revistar a história da perda, reconectar-se com o ambiente e reintegrar uma nova identidade e novos significados resultantes da ausência da pessoa perdida, habilitando o enlutado a capacitar-se interiormente, a conectar-se com o exterior e a ser congruente pela reconfiguração transcendental e integração da nova identidade (Barbosa, 2016b; Pimenta & Capelas, 2020).

Existem outros modelos explicativos de adaptação à perda e de elaboração do processo de luto. A inclusão dos anteriores modelos, assim como do modelo sistémico que a seguir se descreve, teve que ver com a pertinência e relevância que tiveram ao longo do desenvolvimento dos estágios, implicando uma avaliação permanente dos diferentes stressores e processos reflexivos nas relações terapêuticas que se estabeleceram.

1.6. O modelo sistémico de Betty Neuman na prática de enfermagem

O modelo de sistemas desenvolvido por Betty Neuman, percebido como um referencial teórico, filosófico e conceptual, orienta o foco da enfermagem para o holismo e o bem-estar da pessoa enlutada (Neuman & Fawcett, 2011; Braga et al., 2018).

A pessoa, percecionada como um sistema aberto, encontra-se em interação contínua e permanente com o ambiente, expondo-se a diversos stressores, surgindo uma consequente utilização de processos adaptativos (Neuman & Fawcett, 2011; Braga et al., 2018).

Este sistema aberto, na concepção de Neuman, é suficientemente flexível para reconhecer e lidar adequadamente com a complexidade dos stressores com os quais o utente se depara, possibilitando igualmente a interpretação de como este interage e responde àqueles e as estratégias de *coping* que utiliza, bem como quais as consequências para a dinâmica do seu processo saúde-doença (Neuman & Fawcett, 2011; Braga et al., 2018).

Nesta ótica, o impacto do stressor no sistema do utente é influenciado pela força do stressor, o número de stressores existentes e a capacidade de resposta/resiliência da linha flexível de defesa (Neuman & Fawcett, 2011; İnan & Üstün, 2016; Braga et al., 2018).

Neuman classifica os stressores em três categorias capazes de auxiliar a interpretação da perda a partir da sua origem, podendo estes ser intrapessoais, como as dificuldades físicas e psicológicas resultantes da incerteza, da dor e da perda de um papel, identidade ou função; interpessoais, como a perda de um membro, do cônjuge, filho ou progenitor; ou extrapessoais,

como a perda do ambiente familiar ou da habitação. Neste caso, o número de stressores presentes e a sua intensidade irão determinar a resposta que a pessoa conseguirá desenvolver para se defender (Neuman & Fawcett, 2011; İnan & Üstün, 2016; Braga et al., 2018).

Este modelo dinâmico de enfermagem permite uma avaliação global do utente, em que as partes estão organizadas num todo interrelacionado e em constante interação com o ambiente no qual se insere. O sistema do utente é representado por cinco variáveis que funcionam harmoniosamente face às influências ambientais que são expostas (fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento), e que se inserem na estrutura básica do sistema do utente, dentro da linha de defesa (Braga et al., 2018).

Estas linhas de defesa têm a função de favorecer a adaptação do utente aos valores e à condição fisiológica na sua interação com as outras pessoas e com o contexto socioeconómico e cultural em que se encontra. As linhas de defesa do utente alicerçam os limites de proteção da estrutura básica, representando os processos de vida e morte dentro do contexto das interações flexíveis que interagem com o sistema de variáveis do mesmo (Neuman & Fawcett, 2011; Lowry & Aylward, 2015; İnan & Üstün, 2016; Braga et al., 2018).

A linha flexível de defesa constitui o limite exterior do sistema do utente, que tem o objetivo de proteger a linha normal de defesa e ajudar o sistema a prevenir-se da “invasão” dos stressores. Assim, quanto maior a distância entre a linha flexível e a linha normal de defesa, maior a proteção para o sistema do utente (Neuman & Fawcett, 2011; Lowry & Aylward, 2015; İnan & Üstün, 2016; Braga et al., 2018).

A evolução do utente e o seu bem-estar são representados igualmente pela linha normal de defesa, que retrata o ajuste das cinco variáveis do sistema aos stressores ambientais. A sua função é proteger a estrutura básica, mantendo a integridade do sistema. Quando a linha de defesa normal é ineficaz perante o impacto de um stressor, a reação ocorre e o utente apresenta os sinais e/ou sintomas de instabilidade ou de doença (Neuman & Fawcett, 2011; Lowry & Aylward, 2015; İnan & Üstün, 2016; Braga et al., 2018).

As linhas de resistência, que protegem igualmente a estrutura básica que se situa no centro do sistema, são ativadas pelo utente quando a linha normal de defesa é atingida por elementos stressores (Neuman & Fawcett, 2011; Lowry & Aylward, 2015; İnan & Üstün, 2016; Braga et al., 2018).

Deste modo, a invasão de todas as linhas de defesa resulta no adoecer do utente, sendo necessárias intervenções terapêuticas que atuem sobre esse processo ou atenuem os seus sinais e sintomas (Neuman & Fawcett, 2011; İnan & Üstün, 2016; Braga et al., 2018).

O modelo de Neuman é particularmente adequado na elaboração do sentido de perda uma vez que, estando identificados os stressores na perda e as suas consequências, se pode

intervir facilitando as estratégias no processo de reconstituição e adaptação. As intervenções que são utilizadas pelos enfermeiros, ao nível das três estratégias de prevenção, irão potencializar essa adaptação à perda e, conseqüentemente, favorecer a integração do luto, direcionando a intervenção do enfermeiro para uma colheita de dados mais pormenorizada, possibilitando a identificação das variáveis afetadas pelos stressores ambientais, e apoiando a identificação de diagnósticos de enfermagem adequados que possam sustentar a tomada de decisão para a implementação de cuidados de enfermagem (Braga et al., 2018).

Através de intervenções de prevenção primária, como a escuta ativa ou o suporte emocional, o enfermeiro ajuda a pessoa enlutada a identificar os stressores, evitando que estes penetrem e corroam o sistema adaptativo, fortalecendo a linha flexível de defesa. A prevenção secundária ocorre após a penetração dos stressores ambientais na linha normal de defesa, sendo as intervenções direcionadas para os sintomas apresentados pela pessoa enlutada. Por sua vez, as estratégias de prevenção terciária concentram-se na readaptação à perda e na reconstituição do sistema da pessoa, fortalecendo a sua linha de resistência a novos stressores (Neuman & Fawcett, 2011; Lowry & Aylward, 2015; Braga et al., 2018).

Este referencial teórico adequa-se à prestação de cuidados especializados por parte do EEESMP à pessoa enlutada, o que o possibilita a identificar os stressores intra, inter e extrapessoais, de forma a avaliar, planejar e implementar as intervenções de enfermagem direcionadas, com vista a prevenir e a atuar sobre os eventos indesejáveis e o aparecimento de sintomas psicopatológicos resultantes da perda, permitindo restabelecer o seu equilíbrio e favorecer a integração do processo de luto.

2. PERCURSO DE ESTÁGIO E OPÇÕES METODOLÓGICAS

2.1. Estágio no serviço de internamento em psiquiatria e saúde mental

2.1.1. Breve caracterização do contexto

O estágio de internamento desenvolveu-se num serviço de psiquiatria e saúde mental de um centro hospitalar central localizado na área metropolitana de Lisboa, de 23 de novembro de 2020 a 05 de fevereiro de 2021, tendo sido interrompido para o período de férias de Natal, entre os dias 20 de dezembro de 2020 e 03 de janeiro de 2021, num total de trinta turnos.

Esta unidade funcional de internamento apresenta uma capacidade física de catorze camas para utentes em situação de doença mental em fase aguda, sendo composta por uma equipa de enfermagem (enfermeiros generalistas e especialistas em ESMP, incluindo a enfermeira gestora), médicos assistentes e internos na área da psiquiatria e saúde mental, psicólogos, assistentes sociais, técnicos e operacionais. Previamente ao ensino clínico, o serviço dispunha da intervenção de uma terapeuta ocupacional que geria algumas das atividades desenvolvidas com os utentes. Contudo, após a sua recente saída do serviço, esse cargo não foi reocupado, ficando a área de intervenção suspensa.

Fisicamente, o serviço de internamento é constituído por uma sala de trabalho de enfermagem, em que são planeados os cuidados e as intervenções a desenvolver, o gabinete da Sr.^a enfermeira gestora, o gabinete do diretor de serviço, quatro gabinetes de observação clínica e um quarto de isolamento que, devido à pandemia de SARS-CoV-2, é atualmente utilizado para acolher o utente que é internado diretamente do serviço de urgência visto este ser um elemento novo no serviço (este protocolo interno permite que em caso de o utente testar positivo à presença do vírus, o seu contacto com outros utentes tenha sido o mais restrito possível).

Existem ainda quatro enfermarias: três quartos com capacidade total para quatro utentes e um para dois utentes. A meio do serviço existe uma sala polivalente que atualmente serve de refeitório para os utentes, e onde as atividades terapêuticas eram desenvolvidas. Na extremidade do serviço existe uma sala para fumadores. Embora o internamento seja misto, os quartos são geridos de forma a que os utentes do género masculino e feminino estejam individualizados.

Além dos primeiros internamentos por patologia psiquiátrica, a globalidade dos utentes são reinternados por agudização de sintomas ou por abandono de terapêutica no domicílio.

Os diagnósticos mais frequentes neste serviço de internamento são os distúrbios psicóticos, as perturbações da personalidade, as perturbações de ansiedade e as perturbações depressivas, assim como os comportamentos aditivos e a dependência de substâncias.

2.1.2. Da avaliação diagnóstica ao planeamento das intervenções em enfermagem

Neste contexto de internamento hospitalar, depois da avaliação diagnóstica de enfermagem em utentes com isolamento presente, adesão e gestão do regime terapêutico comprometidas, ideação suicida presente ou perceção comprometida, efetuou-se o planeamento e a realização de intervenções psicoterapêuticas e psicossociais assentes nos princípios da relação terapêutica. Integrou-se a experiência da pessoa com patologia psiquiátrica ao identificar e trabalhar com ela as suas necessidades e perdas sofridas ao longo do ciclo vital, de forma a promover estratégias adaptativas, reabilitando a capacidade de discernimento, o seu *insight* e bem-estar.

Nesta fase específica de pandemia, o impedimento de visitas dos familiares e amigos, assim como a perda da saúde, da autonomia e da liberdade, resultantes da hospitalização, são fatores que agravam a saúde mental dos utentes internados e contribuem para o seu desequilíbrio psicológico e mental, devido essencialmente à perda do ambiente familiar, ao tempo limitado de contacto social ou, pelo agravamento da pandemia, ao impedimento de visita dos familiares e amigos (Rokach, 2017; Johnson et al., 2020).

Com a atual pandemia de SARS-CoV-2, o serviço de internamento de psiquiatria e saúde mental onde decorreu o presente estágio suspendeu as visitas aos utentes (de acordo com as indicações superiores do Conselho de Administração em concordância com as normas impostas pela Direção-Geral de Saúde), de forma a minimizar o risco de transmissão de coronavírus, o que limitou ainda mais os utentes a um ambiente estranho e despersonalizado.

Nesta fase pandémica, a situação da pessoa internada piorou devido às múltiplas perdas com o exterior, ao isolamento e à solidão, elevando esta experiência como desagradável e até angustiante, que ocorre quando se verifica uma discrepância entre a disponibilidade desejada e a qualidade das interações sociais (Wang et al., 2017; Johnson et al., 2020).

A evidência científica destaca que a pessoa com doença mental manifesta elevados níveis de sofrimento físico e psíquico, o que afeta as capacidades relacionais, familiares e produtivas do seu portador, sendo as conseqüentes perdas associadas à doença um elevado fator desencadeante de angústia e sofrimento (Caldas de Almeida, 2018; Conselho Nacional de Saúde, 2019; Gomes, Estrela & Ferreira, 2019).

Já autores como Faísca, Afonso, Pereira & Patto (2019) referem o isolamento social como a consequência de comportamentos de rejeição e vitimização social, onde não só a pessoa com doença mental se isola, como também é isolada pelos seus grupos de pares, demonstrando uma relação causal no aparecimento de efeitos adversos a nível de declínio cognitivo, comportamental e do humor, associados a níveis deficientes da qualidade de vida, recuperação pessoal e profissional, aumento de índices de mortalidade, agravamento de sintomas psicóticos, depressivos e demenciais (Wang et al., 2017; Johnson et al., 2020).

Segundo os anteriores autores e estudos por eles consultados, o isolamento social é reconhecido cada vez mais como uma prioridade de intervenção em utentes com perturbações mentais graves, nomeadamente através de intervenções em grupo, que se constituem como um meio para iniciar e fortalecer contactos e praticar habilidades sociais num ambiente seguro e de partilha (Wang et al., 2017; Johnson et al., 2020).

2.1.3. O uso dos mediadores expressivos artísticos no contexto das intervenções de enfermagem

Utilizando a arte e os mediadores expressivos artísticos como forma de interagir com a pessoa, o enfermeiro permite-se absorver os sentimentos e as emoções que vão emergindo da pessoa, enquanto incita a expressão do *Self* e o seu autorreconhecimento (Carvalho, Cordeiro, Ribeiro & Tavares, 2019; Vaartio-Rajalin, Santamäki-Fischer, Jokisalo & Fagerström, 2020).

Estes mediadores desempenham um papel integrador e facilitador de aprendizagem ao longo da vida, permitindo o acesso a memórias, emoções e sentimentos, a construção de novas habilidades pessoais e sociais e o fomentar a consciência da sua situação de saúde atual, uma vez que, através da arte, os pensamentos do passado e do presente podem ser combinados e trazidos à realidade, sendo os mediadores expressivos especialmente aplicados a utentes com patologias oncológicas, demenciais e psiquiátricas (Ferraz, 2009; Sousa, 2017; Vaartio-Rajalin, Santamäki-Fischer, Jokisalo & Fagerström, 2020).

Neste serviço procurou-se utilizar os mediadores expressivos artísticos no *setting* terapêutico por serem reconhecidos como importantes na comunicação e expressão das emoções, na promoção do *insight* e da autoestima, contribuindo para a expressão e comunicação, a interação social entre utentes e entre estes e os profissionais de saúde, a estimulação sensorial e o alívio emocional, num ambiente seguro e terapêutico (Carvalho, 2009; Ferraz, 2009; Sousa, 2017; Carvalho, Cordeiro, Ribeiro & Tavares, 2019; Vaartio-Rajalin, Santamäki-Fischer, Jokisalo & Fagerström, 2020).

Desta forma, o EEESMP deve ter em mente que a intervenção com recurso a mediadores expressivos não deve ser utilizada para resolver o problema, mas sim favorecer o caminho para a autoexpressão e uma forma de libertação dos seus pensamentos e sentimentos (Sousa, 2017; Vaartio-Rajalin, Santamäki-Fischer, Jokisalo & Fagerström, 2020).

Nas intervenções psicoterapêuticas foram utilizados diversos mediadores artísticos, como a pintura, o desenho, a modelagem, o corte e a colagem, para estimular os participantes a acederem, de forma lúdica e espontânea, às suas emoções, sentimentos, comportamentos e memórias autobiográficas, promovendo a orientação para a realidade, o *insight*, a expressão do sofrimento mental e o desenvolvimento de interações sociais satisfatórias, estimulando a autonomia e independência, contribuindo para a sua recuperação psicoemocional e social.

Apesar de existirem inúmeros mediadores expressivos, neste projeto de intervenção utilizaram-se a expressão plástica e os mediadores acima descritos, cujas atividades tiveram o intuito de construir e fortalecer as interações e, ao mesmo tempo, melhorar o *insight* e a capacidade de partilha, através de um processo de autodescoberta emocional, favorecendo as estratégias de *coping* na adaptação às múltiplas perdas sentidas.

Na prática, cada recurso técnico possui bases teóricas variadas e múltiplas possibilidades de intervenção, possibilitando a perceção e exposição da subjetividade, a quebra de resistências e o reconhecimento de capacidades, traduzindo-se em sentimentos de maior autoestima e bem-estar.

No serviço de internamento de psiquiatria, os participantes nas intervenções nem sempre foram os mesmos nas sessões, o que pode não ter sido tão benéfico para o grupo. No entanto, os participantes que dele fizeram parte desenvolveram o *insight* e a consciência emocional sobre a doença mental, o isolamento social e as perdas inerentes, desenvolvendo interações sociais mais satisfatórias, conforme o objetivo pretendido.

Através de intervenções com base em atividades lúdicas e criativas, facilitou-se a expressão, a interação social, a comunicação, a estimulação sensorial e o alívio emocional num ambiente seguro, protegido e terapêutico.

O grupo de participantes, constituído num máximo por seis elementos em cada atividade, foi selecionado tendo por base os critérios de inclusão: utentes de ambos os géneros, com diagnóstico médico de patologia psiquiátrica, internados no serviço de psiquiatria e saúde mental, com idade igual ou superior a dezoito anos, com capacidades cognitivas não comprometidas e com história identificada de isolamento social no ambulatório e/ou ao longo do internamento. Os critérios foram definidos pelo enfermeiro especialista orientador e pelo enfermeiro estagiário de MESMP.

As intervenções de grupo desenvolveram-se na sala mais ampla (sala de refeições), para manter-se um maior distanciamento social e poder cooperar na prevenção da infecção cruzada devido à atual conjuntura de SARS-CoV-2 e respeitando as diretrizes do Conselho de Administração hospitalar. Foram garantidas as medidas de proteção individuais e grupais.

Não foram incluídos no programa de intervenção os utentes que se recusaram a participar no projeto de intervenção e/ou com funcionamento psíquico desorganizado, com atividade delirante exacerbada e/ou agressividade latente.

Como instrumentos de trabalho, utilizaram-se a entrevista, as notas de campo, os diários reflexivos de aprendizagem e um pequeno questionário de avaliação, de natureza mista.

O questionário era composto por nove questões (fechadas e abertas) de forma a avaliar a atividade, compreender e perspetivar eventuais melhorias nas sessões seguintes. As questões fechadas, apresentadas numa escala de tipo *Likert* de quatro pontos, permitiram aos utentes classificar o grau de satisfação da sessão, indo de “muito satisfeito” a “pouco satisfeito”. As questões abertas versaram sobre o que fora mais apreciado no decorrer das atividades.

A partir da literatura consultada e da avaliação realizada, foram delineadas intervenções terapêuticas de grupo, permitindo que o utente hospitalizado pudesse, através da interação com os diferentes materiais artísticos utilizados com os pares e os profissionais de saúde, aceder de forma mais livre e espontânea ao reconhecimento de emoções e sentimentos associados às perdas vivenciadas, aos comportamentos e às memórias autobiográficas. Pretendeu-se assim promover a expressão e o alívio do sofrimento mental, a orientação para a realidade, o *insight*, o desenvolvimento de interações sociais mais satisfatórias e, simultaneamente, estimular a autonomia, a independência e a recuperação psicoemocional.

Após cada intervenção seguiu-se um período de avaliação realizado através da partilha e discussão, facilitando os discursos sobre Si, sobre os Outros e sobre a atividade.

Alguns dados resultantes das narrativas dos participantes, decorrentes das intervenções de enfermagem, foram integrados na realização do processo de enfermagem, sendo que ao longo do estágio manifestou-se disponibilidade para discutir aspetos particulares em *setting* terapêutico privado. Na avaliação da intervenção foram registados o interesse, a satisfação, a interação, a partilha de sentimentos, as emoções, os pensamentos e algumas sugestões.

2.1.4. Desenvolvimento da intervenção psicoterapêutica e psicossocial com a pessoa com experiência de doença mental

No serviço de internamento psiquiátrico de utentes em fase aguda, estabeleceu-se como objetivos gerais:

- compreender o processo de adoecer mental e o sistema de perdas ao longo do ciclo de vida;
- desenvolver intervenções de enfermagem psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas à pessoa com experiência de doença mental, com base nos pressupostos existencial-humanistas da relação terapêutica;
- promover o bem-estar, a otimização e a restituição da saúde mental das pessoas internadas num serviço de psiquiatria de um hospital da área metropolitana de Lisboa.

Elaborou-se um programa com uma intervenção terapêutica semanal, com recurso a uma metodologia expositiva e criativa, distribuído ao longo de cinco semanas, com início no dia 11 de dezembro de 2020, sendo interrompido no decorrer do período de pausa letiva de Natal, com o seu recomeço em janeiro de 2021. Cada sessão teve a duração de 60 minutos, sendo preferencialmente realizada no turno da manhã, após o pequeno-almoço.

Cada participante foi informado no início de cada sessão sobre a importância de manter sigilo do que emerge no ambiente de grupo, estabelecendo-se um compromisso de confidencialidade, de união e proteção da sua comunicação verbal e não-verbal.

A tabela seguinte ilustra o programa de intervenção delineado. Seguidamente, são descritas as diferentes sessões contidas no programa de intervenção em enfermagem, bem como os resultados obtidos, ilustrando exemplos de narrativas dos participantes.

Sessão	Número de participantes	Data da sessão	Duração da sessão	Mediador expressivo artístico utilizado	Recursos e materiais utilizados
1	6	11/12/2020	60 minutos	Desenho	Álcool-gel, lápis de cor, folha branca A4
2	6	17/12/2020	60 minutos	Pintura	Álcool-gel, tintas de diferentes cores, pincéis, recipientes para tinta e água, folha A4
3	6	08/01/2021	60 minutos	Desenho	Álcool-gel, lápis de cor, folha branca A4
4	6	15/01/2021	60 minutos	Corte e colagem	Álcool-gel, revistas, jornais, tesoura de pontas curvas, cola em <i>stick</i> , folha branca A4
5	Suspensa ¹		60 minutos	Modelagem	Álcool-gel, pasta para modelar branca

¹ Sessão suspensa por indicação da Sr.ª Enf.ª Gestora, devido à presença de surto de SARS-CoV-2 no serviço.

Tabela 1 - Programa de intervenção psicoterapêutico e psicossocial em psiquiatria

Em todas as sessões foram apresentados os enfermeiros dinamizadores e explicados os objetivos específicos. Cada atividade iniciou-se com uma fase inicial de quebra-gelo, em que se procurou construir uma «teia de ligação» através da utilização de um novelo de lã, na qual todos os elementos se apresentaram individualmente, com o intuito de iniciar uma relação

interpessoal. Cada elemento previamente desinfetou as suas mãos, garantindo as medidas recomendadas para a prevenção de infeção.

Sendo o programa de intervenção realizado num serviço de internamento de utentes em fase aguda de doença mental, perspetivou-se facilitar a interação entre os pares, desde a fase de concepção do projeto, tendo em conta a alteração do grupo e a existência de novos elementos no dia da atividade, o que poderia ser um constrangimento para o alcance dos objetivos delineados.

As cadeiras foram dispostas em círculo, e os elementos foram convidados a observarem-se em silêncio. Posteriormente, o enfermeiro dinamizador iniciou a dinâmica entrelaçando o fio de lã na sua mão e apresentou-se ao grupo dizendo o seu nome. Da mesma forma, convidaram-se os restantes elementos a fazê-lo, aleatoriamente, à medida que foram recebendo o novelo de lã.

Nesta primeira fase, incentivou-se cada elemento do grupo a reconhecer o seu primeiro direito fundamental enquanto pessoa: ter direito a uma identidade pela qual possa ser reconhecido pelos outros e pela qual ele mesmo se identifique.

Em todas as sessões foi solicitada autorização aos utentes para se fotografarem as obras artísticas obtidas, contidas em apêndices, salientando o cuidado em manter o anonimato dos seus autores. Ao longo da descrição das sessões, encontram-se representadas algumas produções artísticas obtidas, encontrando-se as restantes nos apêndices referidos.

2.1.4.1. Breve descrição e análise da primeira sessão: “O presente de Natal”

Na primeira sessão, intitulada “o presente de Natal”, o título da sessão criou no grupo expectativa pela temática sugerida, uma vez que ocorreu no mês de dezembro e na proximidade da época festiva do Natal.

De forma cordial, pediu-se a cada elemento do grupo que descrevesse os sentimentos associados à sua doença mental e hospitalização, à perda de contacto físico com os seus familiares/amigos e à época natalícia que se aproximava.

Participante	Género	Idade	Integração no projeto	Diagnóstico
A. A.	♂	74 anos	1.ª sessão	Perturbação da personalidade tipo <i>borderline</i>
C. S.	♂	41 anos	1.ª sessão	Perturbação depressiva major
D. B.	♂	26 anos	1.ª sessão	Psicose associada a abuso de substâncias
D. M.	♀	23 anos	1.ª sessão	Perturbação depressiva major
H. S.	♀	71 anos	1.ª sessão	Déficit cognitivo ligeiro, de etiologia a esclarecer
J. F.	♂	68 anos	1.ª sessão	Perturbação depressiva major

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra incluída na 1.ª sessão

Os objetivos específicos para esta sessão foram: a) conhecer os elementos do grupo terapêutico; b) desenvolver a escuta ativa e a relação terapêutica; c) fomentar o espírito de grupo; d) incentivar o desenvolvimento de relações interpessoais; e) facilitar a partilha de emoções e sentimentos; f) promover a concentração, a criatividade e a imaginação.

O grupo era predominantemente do género masculino. A idade dos participantes apresentou uma grande dispersão, variando entre os 23 e os 74 anos, sendo a média de idades de 50,5 anos.

Descreve-se em seguida algumas orientações tidas em conta nesta primeira sessão.

Distribuiu-se uma folha A4 branca e lápis de várias cores, sugerindo ser dia de Natal. Deste modo, foi solicitado que cada elemento desenhasse um presente para oferecer, de forma aleatória, a um elemento do grupo, com o intuito de criar ligações entre os pares. Utilizando a escuta ativa, os enfermeiros dinamizadores questionaram o grupo sobre quais os sentimentos que emergiram, registando nas suas notas de campo elementos da comunicação verbal e não-verbal observados.

As partilhas fluíram de forma natural e espontânea, suscitando interesse e curiosidade. Contudo, o grupo concentrou-se em particular nestas expressões: “... sinto que este Natal vai ser mais triste, pois não vou estar com a minha filha por estar aqui [silêncio; olhar vago e disperso pelo tecto]... quase nunca estou com ela. Mas este ano é diferente. O médico disse que eu estou muito doente e vou precisar estar aqui ainda algum tempo...” (sic) – Sr. C. S.

Verificou-se que os elementos do grupo queriam compreender os sentimentos que o utente acabara de revelar. “Pareces-me em baixo. Gostavas de falar sobre isso?” (sic), interrogou o Sr. D. B., ao que o Sr. C. S. referiu: “... eu e a minha ex-mulher separámo-nos era a minha filha S. muito pequena. Ela ficou sempre com a mãe... temos um carinho especial um pelo outro...” (sic). A linguagem não-verbal dos participantes e os seus olhares compassivos para com o que o utente havia partilhado eram notórios.

Não só os participantes estavam a interagir enquanto grupo como, de forma genuína, estavam a promover as ligações interpessoais de forma empática, mediante um aspeto informal oriundo de uma produção artística, identificando-se com o que os colegas partilhavam de maneira espontânea.

Solicitando a sua vez, a Sr.^a D. M. levantou-se e pediu para partilhar o seu presente de Natal: “gostaria de dar o meu presente ao C., pois nota-se que ele está muito triste. Gostava também de te dizer que eu já tive aí, já passei por isso e sei o quanto nos sentimos dentro

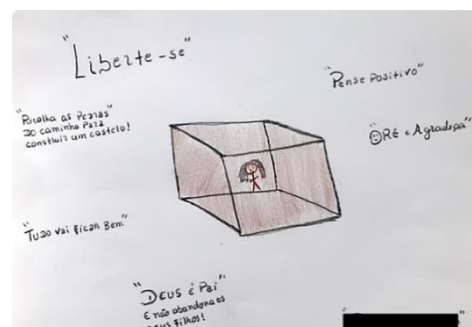


Figura 1 - Produção artística da Sr.^a D. M.

de uma caixa... o meu desenho tem mensagens para ti... pensa positivo, tudo vai correr bem... estamos aqui para te ajudar...” (sic).

Debruçando-se sobre a importância de reconhecer que precisava de ajuda, o Sr. C. agradeceu e aceitou o presente. Este gesto impulsionou os restantes elementos do grupo a partilharem com o Sr. C. S. os seus desenhos, visto terem ficado sensibilizados com a sua história de vida e a falta que sentia da sua filha (**Apêndice I**).

Claramente nesta sessão, o assunto trazido pelo Sr. C. S. dominou a atividade, impulsionando as partilhas dos seus colegas em torno de aspetos como as dificuldades que emergiram em determinadas fases da vida, o abandono, a mudança de país e a doença mental.

Devido à riqueza da partilha e por ser um utente que solicitou uma intervenção em *setting* individual, foi realizado um estudo de caso relativamente ao Sr. C. S., com o intuito de manter as intervenções terapêuticas que se iniciaram neste projeto de intervenção de grupo.

No final da sessão, os enfermeiros dinamizadores pediram a todos os elementos que, através de uma palavra, partilhassem o que tinham sentido no decorrer da sessão. As expressões mais frequentes que emergiram no interior do grupo foram: «liberdade», «união», «leveza», «família», «força» e «verdade».

Solicitou-se igualmente que, através de um questionário anónimo de avaliação, apreciassem a sessão de forma a melhorar algum aspeto em atividades futuras. Agradeceu-se a coesão de grupo e a sua presença, e manifestou-se disponibilidade para a partilha em *setting* particular.

A avaliação realizada pelo questionário evidenciou que 100% (6) dos utentes referiram que os materiais utilizados, a clareza na explicação da atividade, a sua duração, a integração e a dinâmica do grupo, assim como a disponibilidade do enfermeiro dinamizador, foram muito satisfatórias. Relativamente ao interesse manifestado na atividade desenvolvida, 33,33% (2) dos utentes referiram-se satisfeitos, enquanto 66,67% (4) dos inquiridos manifestaram interesse na atividade de forma muito satisfatória.

Relativamente à questão “o que mais lhe agradou na atividade”, 16,67% (1) dos participantes referiram o contacto com materiais criativos, 33,33% (2) destacaram a possibilidade em conhecer os pares, 16,67% (1) referiram a proximidade dos profissionais de saúde, enquanto 33,33% (2) não responderam à questão.

Sobre a questão “o que poderá ser melhorado numa próxima sessão”, 83,33% (5) dos participantes não responderam à questão, enquanto 16,67% (1) propuseram a inclusão de mais participantes. Por último, na questão “sugestões de temáticas que gostaria de ver abordadas numa próxima sessão”, nenhum dos participantes respondeu.

2.1.4.2. Breve descrição e análise da segunda sessão: “O meu retrato”

Esta sessão incidiu na estimulação e perceção que os utentes tinham de si próprios e do mundo envolvente. Através desta atividade, puderam retratar-se e dar-se a conhecer ao restante grupo. Como objetivos específicos pretendeu-se: a) promover o autoconhecimento e a consciência emocional; b) fomentar o desenvolvimento e a manutenção das relações interpessoais através da escuta ativa e da relação terapêutica; c) impulsionar a partilha de emoções e sentimentos; d) estimular a criatividade e a imaginação.

Após a apresentação dos elementos do grupo terapêutico, das etapas da sessão, dos objetivos propostos e da fase de quebra-gelo, os utentes foram convidados a utilizar a técnica da pintura, mediante o recurso a tintas de várias cores e pincéis, incentivando-os a representar algo importante que os pudesse definir.

Participante	Género	Idade	Integração no projeto	Diagnóstico
C. S.	♂	41 anos	2.ª sessão	Perturbação depressiva major
D. B.	♂	26 anos	2.ª sessão	Psicose associada a abuso de substâncias
H. S.	♀	71 anos	2.ª sessão	Déficit cognitivo ligeiro, de etiologia a esclarecer
J. F.	♂	68 anos	2.ª sessão	Perturbação depressiva major
M. G.	♀	21 anos	1.ª sessão	Perturbação depressiva major
O. P.	♀	52 anos	1.ª sessão	Perturbação psicótica, com presença de delírios de grandeza

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica da amostra incluída na 2.ª sessão

Os utentes que participaram nesta sessão foram 50% do género masculino e 50% do género feminino. As idades variaram entre os 21 e os 71 anos, sendo a média de idades de 46,5 anos.

Iniciou-se a atividade através de uma breve introdução reflexiva, realizada pelo enfermeiro dinamizador: “... conhecemos os nossos colegas porque se sentam ao pé de nós no refeitório, mas será que sabemos os nomes deles? Será que já tivemos curiosidade em lhes perguntar algo? Será que os problemas do outro poderão ser os nossos problemas? Será que eu posso ajudar o outro enquanto me ajudo a mim mesmo?” (sic).

Após o fornecimento dos materiais, a primeira dificuldade verificou-se no momento em que foi pedido que desenhassem o seu retrato. De forma a manter o foco e o interesse do Sr. J. F. e da Sr.ª H. S., foi explicado que a finalidade desta atividade era a reflexão sobre si mesmo, de forma natural e instintiva. Solicitou-se uma pintura de algo que representasse a própria pessoa, utilizando as cores que melhor a definissem, e que posteriormente iriam apresentar esse trabalho ao grupo. Foi sublinhado que nenhum dos elementos presentes deveria fazer julgamentos.

Observaram-se utentes a treinar jogos de cores, a olharem em redor para elogiar a cor e a pintura que algum dos outros elementos tinha feito, verificando-se um espírito de dedicação e compromisso com o grupo e com a atividade proposta.

Os elementos que já tinham realizado a primeira sessão em grupo manifestavam agrado pela continuidade das atividades, enquanto os elementos recém-chegados denotavam uma postura mais individualizada e autocentrada. Contudo, enquanto a atividade estava a decorrer, todos os elementos do grupo solicitavam as cores que não tinham junto de si, ou abordavam aspetos das suas pinturas, de forma apreciativa e elogiosa.

Para que os dois novos elementos se apresentassem ao restante grupo, deu-se-lhes a oportunidade de iniciarem a partilha das suas produções artísticas com o grupo, após todos terem terminado as pinturas.

Igualmente nesta sessão, houve uma particularidade que levou à reflexão em grupo, verbalizada pela jovem M. G., que deu entrada no serviço por ideação suicida, com diagnóstico de perturbação depressiva major com internamentos prévios por ideação suicida.

“Esta sou eu [apontando para o centro da pintura]. Representei-me de uma cor castanha, pois nem sempre sou uma pessoa feliz. Aqui em volta estão linhas que representam os meus pensamentos: umas mais alegres e coloridas, outras mais escuras e feias... é um caminho complicado e solitário, onde ninguém compreende o que nos vai cá dentro!” (sic).



Figura 2 - Produção artística da Sr.^a M. G.

Questionada pelo Sr. D. B. se esse sofrimento a incitava a autoagredir-se, referiu que sempre foi uma jovem tímida e que se magoava de forma a não pensar na sua dor, pois sabia que teria a atenção dos familiares e amigos próximos. Os colegas ouviam-na com atenção, enquanto verbalizavam frases de incentivo.

Este aspeto foi muito importante, pois no decorrer da sessão a utente sorriu várias vezes e manifestou uma postura menos fechada e tímida, permitindo-se a trocas com os pares e os enfermeiros dinamizadores. No final da atividade, expressou satisfação por ter aceitado participar na atividade: “se fosse agora, acho que a minha pintura seria diferente” (sic).

“Diferente como?” (sic), interpelou o Sr. C. S.

“Talvez tivesse usado mais o amarelo e o verde, que são cores que me transmitem vida e esperança” (sic), verbalizou a Sr.^a M. G. para o grupo.

Aspetos como a família, as trajetórias de vida, os sentimentos e as vivências atuais e o carinho pelos animais de estimação foram sendo retratados nas pinturas dos restantes utentes (**Apêndice II**).

Novamente, no final da sessão, os enfermeiros dinamizadores pediram a todos os elementos que através de uma palavra partilhassem o que tinham sentido no decorrer da sessão. Expressões como «saudades [de África]», «vida», «companhia», «sol», «saudades [da avó]» e «crescimento» emergiram no interior do grupo.

Agradeceu-se a coesão de grupo e a sua presença, e manifestou-se disponibilidade para qualquer partilha em *setting* particular.

Nesta segunda sessão, a avaliação dos questionários revelou que 100% (6) dos utentes sentiram-se muito satisfeitos pela escolha dos materiais, revelando interesse na atividade desenvolvida. Consideraram ainda que a clareza na explicação da atividade, a sua duração, a integração e a dinâmica do grupo, assim como a disponibilidade do enfermeiro dinamizador, foram igualmente muito satisfatórias.

Relativamente à questão “o que mais lhe agradou na atividade”, 50% (3) dos participantes destacaram a continuidade do programa de intervenção de grupo, 16,67% (1) salientaram a forma de se expor através de uma pintura, 16,67% (1) frisaram a coesão e espírito de grupo, sendo que um dos inquiridos (16,67%) optou por não responder à questão.

Sobre as questões “o que poderá ser melhorado numa próxima sessão” e “sugestões de temáticas que gostaria de ver abordadas numa próxima sessão”, todos os participantes optaram por não responder.

2.1.4.3. Breve descrição e análise da terceira sessão: “A pessoa importante”

Após uma pausa decorrente das férias letivas, realizou-se a terceira sessão, cujos objetivos específicos foram: a) desenvolver a relação terapêutica; b) conhecer a dinâmica relacional extra-hospitalar; c) fomentar o espírito de grupo; d) promover o autoconhecimento e a consciência emocional; e) incrementar a partilha e as relações interpessoais, mediante uma atividade que permitisse ao grupo ampliar a sua concentração e memória.

Os elementos que integraram esta sessão eram predominantemente do género feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 71 anos, sendo a média de idade de 43,6 anos.

Após a apresentação da sessão, dos elementos do grupo terapêutico, dos objetivos propostos e da fase de quebra-gelo, os utentes foram incentivados a relembrar uma pessoa importante na sua vida. Fornecidos os materiais artísticos – lápis de cor e folha branca A4 –,

convidaram-se os participantes a representar um momento com a pessoa escolhida, refletindo o seu pensamento interior e a consciência emocional, com a finalidade de fomentar o autoconhecimento e a partilha das memórias e as relações de proximidade.

Posteriormente, cada elemento do grupo foi incentivado a guardar o desenho para oferecê-lo à pessoa na qual pensou, ou até poder rasgá-lo no caso de a memória se revelar dolorosa, libertando-se desse sentimento negativo.

À semelhança das anteriores sessões, os enfermeiros dinamizadores registaram em notas de campo a comunicação verbal e não-verbal observada, assim como a interação entre os elementos do grupo e a sua capacidade de exposição.

Participante	Género	Idade	Integração no projeto	Diagnóstico
C. P.	♀	43 anos	1.ª sessão	Perturbação da personalidade paranoide (quadro inaugural, de etiologia a esclarecer)
C. M.	♀	18 anos	1.ª sessão	Perturbação depressiva major
H. S.	♀	71 anos	3.ª sessão	Déficit cognitivo ligeiro, de etiologia a esclarecer
J. F.	♂	68 anos	3.ª sessão	Perturbação depressiva major
S. G.	♀	31 anos	1.ª sessão	Perturbação depressiva major
S. M.	♀	31 anos	1.ª sessão	Perturbação da personalidade esquizotípica

Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica da amostra incluída na 3.ª sessão

Nesta sessão, embora para 66,67% (4) dos participantes fosse a sua primeira atividade, não se registaram dificuldades iniciais nem inibições sociais, tendo a adesão à atividade sido garantida na totalidade.

As utentes recém-chegadas ao grupo, a Sr.ª C. P. e a Sr.ª S. G., já interagiam no serviço, pelo que no decorrer da sessão partilharam os diferentes materiais e alguns aspetos das suas produções artísticas. Devido à sua personalidade mais expansiva, a Sr.ª S. M. teve dificuldade em permanecer no seu lugar, levantando-se recorrentemente para procurar outras cores nos lápis dos colegas. No início da atividade verificou-se um pequeno conflito entre esta utente e a Sr.ª H. S., uma vez que a última se recusou a partilhar um lápis, despoletando um discurso mais agressivo que rapidamente foi atenuado pela intervenção dos enfermeiros dinamizadores.

Terminada a atividade, foi solicitado aos intervenientes que, aleatoriamente, divulgassem os seus desenhos (**Apêndice III**). A Sr.ª S. M. pediu para iniciar a partilha com o grupo. No seu desenho, tinha feito uma planta com duas flores, uma que a representava e a outra que representava a sua filha. Ao contrário do incidente com a Sr.ª H. S., neste momento a utente encontrava-se serena e com um discurso mais sintónico. Partilhou com o grupo que o aniversário da sua filha estava prestes a acontecer. Por se encontrar separada do pai da sua filha, a bebé estava ao cuidado do seu irmão, com o qual a Sr.ª S. M. descreveu ter uma boa

relação e que contactava diariamente por videochamada por estar autorizada pela médica assistente a utilizar o telemóvel, tendo a oportunidade de ver a sua filha: “... é naqueles momentos que eu ganho forças, pois eu tenho de dar uma vida estável à minha filha...” (sic).

Esquecendo o anterior incidente, a Sr.^a H. S. teceu palavras de incentivo à utente, de forma a confortá-la na sua saudade.

Recordando a sua vida em Cabo Verde, a Sr.^a S. G. partilhou com o grupo dois desenhos, explicando que no primeiro estava representada a sua irmã, com as vestes tradicionais do país, verbalizando que não estavam juntas fisicamente há cinco anos, altura em que a irmã regressou ao país natal, e no segundo desenho o enfermeiro dinamizador, com o qual a utente procurava frequentemente desabafar.

Mantendo o olhar no seu desenho, as palavras que tecia sobre a sua irmã e sobre o seu país de origem manifestavam vontade em regressar a África: “... em breve também vou com a minha mãe para lá. Se calhar até lá ficamos de vez... as pessoas da minha cidade são tão humildes...” (sic). Sobre o segundo desenho, que havia realizado para oferecer ao enfermeiro dinamizador, referiu que “... o enfermeiro Pedro tem sempre uma palavra amiga para oferecer. Está sempre disponível, senta-se connosco e ouve-nos...” (sic).

Também a Sr.^a C. P. era de origem estrangeira e residia em Portugal com o esposo e os dois filhos. Explicou aos colegas que o seu desenho representava uma jarra e cinco flores, descrevendo-as como os seus pais (já falecidos), o seu esposo e os seus dois filhos. Elogiada a sua obra artística pela Sr.^a S. G., esta pediu à utente que falasse algo na sua língua materna. A utente verbalizou algo que posteriormente traduziu como: “olá, eu sou a C. e gosto de viver em Portugal” (sic).

Questionada ainda pelo Sr. J. F. se os seus filhos sabiam que ela estava internada, a utente referiu que sim, que embora tivesse sido internada compulsivamente e ter saudades da família, queria compreender o que se passava consigo para “... poder voltar à liberdade” (sic).

Com uma postura introvertida, a jovem C. M. partilhou com os colegas um desenho com vários animais: “... os meus avós têm uma quinta com animais e gosto de ir lá vê-los. Desenhei com várias cores porque quando estou com os meus avós sinto-me eu mesma, sinto-me bem... é muito diferente do que viver na cidade...” (sic).



Figura 3 - Produção artística da Sr.^a C. M.

Interpelada pela Sr.^a S. M., esta questionou a utente porque não tinha sido estabelecido nenhum contacto telefónico desde que tinha sido internada, ao que a Sr.^a C. M. não respondeu, esboçando um tímido sorriso sobre o seu desenho.

Posteriormente, em *setting* privado, houve a oportunidade de voltar a abordar este assunto com a utente. Esta verbalizou ao enfermeiro dinamizador que suspendera o contacto com os seus pais devido a um comportamento menos apropriado por parte do progenitor, com conhecimento da sua mãe. Este aspeto foi inserido no seu processo e trabalhado em *setting* terapêutico por elementos da equipa multidisciplinar. Por causa da sua frágil condição, a Sr.^a C. M. seria transferida para uma residência de acolhimento de jovens em risco.

No final da atividade, foi solicitada pelos enfermeiros dinamizadores a partilha de uma palavra relativamente ao que emergira no decorrer da sessão. Expressões como «amor incondicional», «cumplicidade», «saudades», «família», «infância» e «convívio» emergiram no interior do grupo. Agradeceu-se a coesão de grupo e a sua presença, e manifestou-se disponibilidade para a partilha em *setting* particular.

Através do questionário anónimo de avaliação, os participantes apreciaram a sessão. A totalidade dos utentes – 100% (6) – referiu-se muito satisfeita pela escolha dos materiais, manifestando igualmente satisfação no interesse pela atividade desenvolvida, na clareza e explicação da atividade, na sua duração, na integração e na dinâmica do grupo, assim como na disponibilidade do enfermeiro dinamizador.

Relativamente à questão “o que mais lhe agradou na atividade”, 16,67% (1) dos participantes destacaram a possibilidade de poder conhecer e interagir com o grupo e 16,67% (1) salientaram a possibilidade de falar da família de uma forma natural. 66,67% (4) dos participantes optaram por não responder a esta questão.

À semelhança da atividade anterior, igualmente a totalidade dos participantes – 100% (6) – optou por não responder às questões “o que poderá ser melhorado numa próxima sessão” e “sugestões de temáticas que gostaria de ver abordadas numa próxima sessão”.

2.1.4.4. Breve descrição e análise da quarta sessão: “O eu emocional”

Metade dos participantes nesta sessão era do género masculino (50%) e a outra metade era do género feminino (50%). As idades variaram entre os 31 e os 68 anos, sendo a média de idades de 41,6 anos.

Foram delineados como objetivos específicos: a) promover o conhecimento do grupo terapêutico; b) desenvolver a escuta ativa e a relação terapêutica; c) fomentar o autoconhecimento e a consciência emocional do grupo; d) incentivar o desenvolvimento de relações interpessoais; e) facilitar a partilha de emoções e sentimentos; f) promover a criatividade e a estimulação táctil.

Após a apresentação da sessão, dos elementos do grupo terapêutico, dos objetivos propostos e da fase de quebra-gelo, foi realizada uma breve apresentação e descrição de vários tipos de emoção associados a situações passíveis de ocorrer no quotidiano. Desta forma, sob supervisão dos enfermeiros dinamizadores, incentivou-se cada elemento do grupo a folhear revistas e jornais, recortando imagens e/ou palavras que lhe pudessem transmitir o seu estado emocional atual. Os elementos do grupo foram convidados a dispor as imagens pela folha branca A4, e colar de acordo com a sua criatividade.

Após a conclusão da atividade, foi pedido a cada utente que partilhasse com o grupo a obra artística, assim como o seu significado, com o intuito de capacitar a pessoa com doença mental a expressar, através de imagens e/ou palavras recortadas, os seus pensamentos, medos e desejos (**Apêndice IV**). Sugeriu-se ainda que cada elemento guardasse o seu projeto; porém, se a emoção se revelasse dolorosa, poderiam rasgá-lo de imediato, libertando-se assim desse sentimento negativo. Tal como nas anteriores sessões, os enfermeiros dinamizadores registaram a comunicação verbal e não-verbal observada.

Participante	Género	Idade	Integração no projeto	Diagnóstico
C. P.	♀	43 anos	2.ª sessão	Perturbação da personalidade paranoide (quadro inaugural, de etiologia a esclarecer)
J. F.	♂	68 anos	4.ª sessão	Perturbação depressiva major
M. O.	♂	37 anos	1.ª sessão	Psicose associada a abuso de substâncias
S. L.	♂	40 anos	1.ª sessão	Psicose associada a abuso de substâncias
S. G.	♀	31 anos	2.ª sessão	Perturbação depressiva major
S. M.	♀	31 anos	2.ª sessão	Perturbação da personalidade esquizotípica

Tabela 5 - Caracterização sociodemográfica da amostra incluída na 4.ª sessão

A Sr.ª C. P. foi a primeira a exibir a sua colagem. Nela começou por referir que encontrou a imagem de uma jovem “... com um ar triste, mas com vontade de ficar melhor... os comprimidos são para mostrar que eu quero ficar boa, quero cuidar de mim para voltar para o meu marido e os meus filhos...” (sic).

Questionada relativamente ao pedido expresso de ajuda que havia colado também na folha, referiu ao grupo que, embora tivesse sido internada compulsivamente contra

a sua vontade, na última semana compreendia que precisava de ser ajudada: “... quando pensamos que estamos longe de quem gostamos temos que ficar boas o mais rápido, ser forte, fazer o que dizem...” (sic). Neste momento aconteceu algo que não tinha acontecido ainda em



Figura 4 - Produção artística da Sr.ª C. P.

nenhuma das anteriores sessões: os colegas aplaudiram a partilha da Sr.^a C. P., e nomeadamente a Sr.^a S. M. elogiou o facto de esta estar disposta a pedir e aceitar ajuda.

Levantando-se, o Sr. J. F. mostrou a sua obra artística, expressando ao grupo o que ela representava: “Eu servi no Ultramar. Tinha dezoito anos acabados de fazer quando me mandaram para lá. Não preciso de dizer o que se passou lá, todos o sabem. Vi camaradas meus morrerem aos meus pés, com muito sofrimento! [...] lembro-me que quando voltei, a minha mulher abraçou-me e disse que nunca mais me queria perder...” (sic).



Figura 5 - Produção artística do Sr. J. F.

Agradecendo a partilha, o Sr. M. O. acrescentou: “...o meu pai também serviu lá fora. Ele contava-nos que passavam dias sem comer, metidos no meio do mato... imagino o que possa sentir, porque também vejo esse medo nos olhos do meu pai...” (sic). Iguualmente os colegas bateram palmas relativamente às partilhas do Sr. J. F. e do Sr. M. O.

Uma vez que se tinha pronunciado sobre a anterior produção, o Sr. M. O. pediu para partilhar com o grupo a sua colagem: “esta imagem mostra o que eu sinto neste momento. Se olharem bem, o boneco tem uns olhos mortos, como que sem rumo. Na cabeça, tem uma jaula. Penso que isto significa alguém que está preso dentro de si...” (sic).

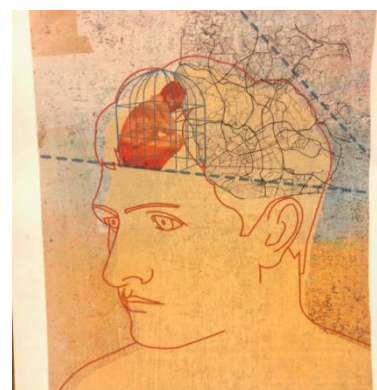


Figura 6 - Produção artística do Sr. M. O.

Questionado pelo enfermeiro dinamizador se era assim que se via, o Sr. M. O. acrescentou: “o enfermeiro deve saber porque estou aqui internado. Já tentei várias vezes deixar as drogas. Perdi o meu emprego, perdi os meus amigos, família... ninguém imagina o que é estar agarrado a isto e não conseguir fugir. Há dias que me quero tratar, mas depois vem a vontade de consumir...” (sic).

Também o Sr. S. L. partilhou a sua doença: “eu também estou há uns anos agarrado à droga. Sei o que dizes [dirigindo-se ao Sr. M. O.]... só quem passa por elas é que sabe que não é fácil deixar. Este é o meu desenho. O Natal que passou foi horrível. A minha mãe morreu há oito meses com cancro... não sabia o que era amor até a perder. Desde aí, consumo para não pensar em nada... ela podia não aceitar o que eu fazia, mas quando aparecia lá à porta, tinha sempre um sítio onde dormir...” (sic).

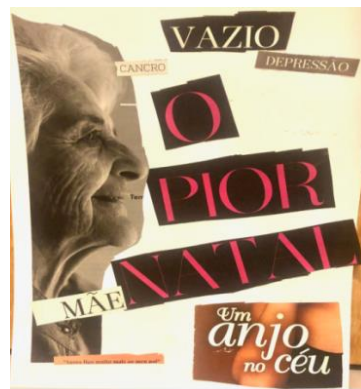


Figura 7 - Produção artística do Sr. S. L.

Visivelmente emocionada pela partilha, a Sr.^a S. M. levantou-se e tocou na mão do colega, manifestando um gesto de carinho e compaixão. Foi visível o olhar compassivo que os restantes elementos do grupo esboçaram para o utente, aplaudindo a sua coragem e partilha.

Questionado pelo enfermeiro dinamizador se no final da sessão poderia ser agendada uma entrevista de ajuda, o mesmo rejeitou, referindo que não queria falar no assunto, denotando uma ambivalência afetiva e emocional. Esta situação foi transmitida aos restantes enfermeiros do serviço e ao psiquiatra assistente, de forma a ser inserida como foco de intervenção, médica e de enfermagem.

Graças à partilha espontânea do utente, foi ainda solicitado o apoio da psicóloga hospitalar da consulta de luto, dando continuidade ao trabalho iniciado em torno de aspetos emocionais e comportamentais, inerentes da inibição do seu processo de luto.

Seguindo a mesma trajetória da família, a Sr.^a S. G., que na sessão anterior já havia retratado a sua família, utilizou os diferentes recortes para representar a dinâmica familiar com que se identificava: “... não há amor como o da família. E só quando os perdemos ou não estamos com eles é que sabemos o quanto isso custa. O que o S. disse é a prova que podemos fazer asneiras com a nossa vida, mas quem gosta de nós são os nossos... o respeito e o carinho são coisas que não se explicam, sentem-se...” (sic). Os restantes colegas concordaram com o que verbalizara, salientando aspetos inerentes à ausência



Figura 8 - Produção artística da Sr.^a S. G.

dos seus familiares devido à hospitalização e à pandemia de SARS-CoV-2. No final, à semelhança dos anteriores colegas, foi aplaudida e elogiada pelas suas palavras.

Por fim, a Sr.^a S. M. partilhou o resultado das suas colagens: “Eu adoro animais, e quando pensei em algo que me emocionasse, lembrei-me da minha cadelinha. Não sei porque fazem mal ou abandonam os bichos... se não têm condições, não os arranjam... eles só precisam de amor e proteção...” (sic). Os outros colegas concordaram com a utente, recordando animais de companhia. No final, aplaudiram a sua partilha espontânea.

Terminadas as exposições, os utentes resumiram numa palavra o que tinham sentido sobre as partilhas do grupo.



Figura 9 - Produção artística da Sr.^a S. M.

Surgiram palavras no seio do grupo como «saúde», «liberdade», «prisão», «saúde», «família» e «carinho». Agradeceu-se uma vez mais a coesão de grupo e a sua presença, manifestando disponibilidade para alguma partilha em *setting* privado.

Como forma de retribuir as emoções e os sentimentos partilhados, o enfermeiro dinamizador apresentou a sua colagem: “Queria agradecer-vos a vossa presença e partilha. Certamente que hoje sairemos todos daqui mais ricos interiormente. Enquanto faziam as vossas colagens, fiz também uma para vós. Nela coloquei duas mãos que se agarram. Este gesto pretende que saibam que nós, enquanto equipa, estaremos sempre disponíveis para vos ajudar e para vos ouvir. Só não desistindo é que chegamos aos nossos sonhos. Levem este pensamento convosco...” (sic). O grupo levantou-se das suas cadeiras e aplaudiu o enfermeiro dinamizador, verbalizando agrado pela sessão realizada e solicitando a sua continuidade.

Novamente fornecido o questionário anónimo de avaliação, pediu-se igualmente que os participantes apreciassem a sessão realizada. Relativamente à escolha dos materiais utilizados, o interesse na atividade, a clareza com que esta havia sido explicada, a sua duração, a integração e dinâmica do grupo bem como a disponibilidade do enfermeiro dinamizador, a totalidade dos utentes – 100% (6) – avaliou a sessão como muito satisfatória.

Na questão “o que mais lhe agradou na atividade”, 33,33% (2) dos participantes destacaram a possibilidade de poder conhecer as histórias de vida dos seus pares, 16,67% (1) salientaram que se tinham permitido pensar em acontecimentos do passado, 16,67% (1) reconheceram sentirem-se mais leves e capacitados para enfrentar a situação atual, 16,67% (1) realçaram a importância da partilha e 16,67% (1) frisaram o apoio emocional fornecido pelo enfermeiro dinamizador.

Relativamente à questão “o que poderá ser melhorado numa próxima sessão”, 16,67% (1) responderam «nada», sendo que 83,33% (5) não responderam.

Na última questão, sobre eventuais “sugestões de temáticas que gostaria de ver abordadas numa próxima sessão”, 16,67% (1) responderam que deveriam ser abordadas as temáticas que cada participante manifestou nesta sessão, e 16,67% (1) manifestaram que poderiam ser desenvolvidos assuntos relativamente à atual pandemia de SARS-CoV-2. Os restantes 66,67% (4) optaram por não responder a esta questão.

Uma vez que na semana seguinte ocorreu no serviço de internamento um surto de SARS-CoV-2, a Sr.^a enfermeira gestora optou por suspender o projeto de intervenção psicoterapêutica e psicossocial, bem como restringir o contacto dos utentes no corredor e na sala de refeições, ficando cada elemento limitado à unidade onde dormia. Este aspeto não permitiu a realização da quinta e última sessão do projeto, o que foi sentido com grande pesar pelos participantes e pelos enfermeiros dinamizadores.

No entanto, de forma a partilhar com a equipa de enfermagem os resultados obtidos com a implementação das anteriores sessões, foi realizada a divulgação dos resultados

obtidos na partilha espontânea e nos questionários de avaliação ao longo das semanas de estágio, assim como das imagens das obras artísticas produzidas.

Pelo *feedback* dado pela Sr.^a enfermeira gestora e pelos enfermeiros do serviço, o projeto de intervenção realizado foi considerado muito pertinente e de extrema importância, pela sua aplicabilidade a diferentes utentes com múltiplas patologias do foro psiquiátrico, sendo as temáticas adequadas ao quotidiano, e os materiais de fácil obtenção e manipulação.

Identificaram-se como aspetos positivos nas sessões o espírito de grupo, a aceitação e a partilha espontânea de sentimentos e emoções, facilitando a reflexão sobre aspetos individualmente salientados sobre si e sobre os pares, como a hospitalização e as perdas inerentes à ausência de contacto físico com os entes queridos.

A partilha das obras artísticas foi vista no decorrer das sessões como um momento de *insight* e catarse, ao mesmo tempo que permitiu a descentralização de si para poder escutar e apoiar o outro. Também foi muito positivo o *feedback* dos elementos das equipas médica e de enfermagem, que observavam frequentemente as sessões do lado de fora da sala, através da janela, estando particularmente atentos à linguagem não-verbal dos utentes e à sua capacidade de atenção, criatividade, interação e partilha em grupo.

Alguns constrangimentos ou limitações foram sendo melhorados ao longo das sessões, identificando-se o facto de algumas atividades terem sido interrompidas pela equipa médica no exercício das suas intervenções individuais, assim como o facto de haver chamadas telefónicas do exterior a interromper a dinâmica e a coesão de grupo. Deste modo, foi sendo divulgado previamente junto da equipa médica o dia e a hora da sessão, permitindo que a intervenção clínica não interferisse com a atividade que se encontrava a decorrer. Igualmente a existência da pandemia de SARS-CoV-2 e as restrições impostas relativamente às visitas dos familiares aos utentes internados limitou o contacto com a sua realidade pessoal e social, dirigindo-se as intervenções única e exclusivamente aos utentes internados, não permitindo abordar a família como um parceiro na manutenção e recuperação da saúde mental.

2.2. Estágio em contexto comunitário

2.2.1. Breve caracterização do contexto

O estágio comunitário desenvolveu-se numa unidade de cuidados continuados (UCC), localizada na área metropolitana de Lisboa e Vale do Tejo, de 09 de fevereiro de 2021 a 14 de abril de 2021, tendo sido interrompido durante uma semana para o período de férias

da Páscoa (de 02 a 09 de abril de 2021), num total de 31 turnos, na qual, de acordo com os objetivos propostos, se integrou uma equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos (ECSCP).

Esta unidade integra-se num agrupamento de centros de saúde de uma região periférica da cidade de Lisboa, assegurando respostas integradas, articuladas e diferenciadas em cuidados de saúde, em âmbito domiciliário e comunitário, a pessoas, famílias e grupos em situações de vulnerabilidade acrescida ou dependência física e funcional. A equipa articula-se com diversos parceiros comunitários, como o hospital da área geográfica, a paróquia local e diversas instituições particulares de Segurança Social.

Visando a continuidade de cuidados no domicílio, a formação, o apoio e o aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos, a ECSCP integra-se a nível local com o intuito de assegurar a prestação de cuidados paliativos a utentes com necessidades complexas e apoiar as suas famílias e cuidadores. Estes cuidados incluem intervenção médica e de enfermagem, assim como de outros técnicos superiores de saúde, visando, de forma holística, promover a dignidade e a qualidade de vida, o apoio ao utente e à família no processo de doença incurável e adaptação ao luto, intervindo igualmente a nível psicológico e social mediante os recursos geridos em equipa multidisciplinar.

A unidade é constituída por vários elementos com formação pós-graduada em diferentes especialidades médicas e de enfermagem, com formação especializada em cuidados continuados e paliativos, incluindo-se enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, médico-cirúrgica e em saúde mental e psiquiátrica, assim como médicos de clínica geral, duas psicólogas clínicas, uma assistente social e uma fisioterapeuta.

O horário de funcionamento da ECSCP é de segunda a sexta, sendo que ao sábado e, excecionalmente, ao domingo, opera para responder às necessidades acrescidas dos utentes e da família. O apoio e a intervenção são agendados para dar resposta a tratamentos específicos e necessidades urgentes advindas do agravamento sintomático da progressão da doença.

Embora os restantes elementos da equipa multidisciplinar sejam parceiros no cuidar, é de ressaltar o papel fundamental que o enfermeiro desenvolve na intervenção especializada ao utente e à família, adquirindo uma especificidade de gestor de caso na elaboração de um plano de intervenção com ênfase na gestão, articulação e referenciação dos cuidados de saúde, de forma autónoma e independente, para outros profissionais que possam manter e dar continuidade aos cuidados requeridos e desenvolvidos.

Na ECSCP, após a perda do familiar, o enfermeiro gestor de caso, responsável pela gestão e integração dos cuidados, realiza, num período de sete dias *post mortem*, um contacto telefónico com o familiar cuidador, expressando as condolências em nome da equipa.

Através desta intervenção, pretende-se auscultar, numa fase inicial, como a família se está a adaptar à ausência do ente querido, prestar-lhe apoio nessa fase de sofrimento e manter a continuidade de cuidados aos seus elementos.

Um mês após o óbito, encontrava-se preconizada uma visita domiciliária de luto à família, de forma a manter a ligação com a mesma, e trabalhar em conjunto aspetos relevantes de adaptação ou dificuldade ao processo de luto, na qual era realizada uma apreciação física e mental da pessoa enlutada mediante um formulário próprio. Contudo, devido às restrições impostas pela atual pandemia de SARS-CoV-2 e a limitações dos contactos físicos exigidas pela coordenação da UCC de forma a garantir a segurança dos profissionais e utentes, a apreciação física ficou limitada no período em que o estágio decorreu. Assim, procedeu-se à adaptação do respetivo formulário, facilitando uma apreciação por via telefónica na qual o apoio no luto fosse igualmente mantido (**Apêndice VI**).

2.2.2. Da avaliação inicial ao planeamento das intervenções em enfermagem

Ao direcionarem-se para uma abordagem multidisciplinar, os profissionais que desenvolvem intervenções em cuidados paliativos afirmam a qualidade de vida do utente e dos seus familiares em situações de doença incurável e com prognóstico limitado, através da prevenção e do alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e ao tratamento rigoroso das necessidades físicas, psicossociais e espirituais, aceitando a perda e a morte como um processo natural, sem a antecipar, provocar ou atrasar (Twycross, 2003; Neto, 2016, 2020).

Mediante uma intervenção diferenciada, individual e humanizada, estes profissionais assentam os seus cuidados em quatro pilares fundamentais que se interligam mutuamente no controlo sintomático, na comunicação adequada, no apoio à família e no trabalho em equipa (Twycross, 2003; Barbosa, 2016a, 2016b; Foucault & Mongeau, 2018; Neto, 2020). Quando aplicados precocemente, estes cuidados beneficiam o utente e as suas famílias, diminuindo a sobrecarga da doença e o sofrimento físico e mental inerentes (Neto, 2020).

O EEESMP, através do desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas, visa construir com a família uma visão sistémica de resiliência, capacitando-a para enfrentar e adaptar-se às crises e às adversidades resultantes do processo prolongado de doença, de modo a facilitar a elaboração do sentido de perda e a adaptação ao processo de luto, promovendo uma abordagem global e holística (Walsh, 2005; Despacho n.º 14311-A/2016, 2016; Horta & Daspett, 2017; Zanelatto & Bueno, 2017;

WHO, 2018b; Despacho n.º 3721/2019, 2019; Amaral, Almeida & Sousa, 2020; Neto, 2020; Sampaio, Sequeira & Lluch-Canut, 2020; Sequeira, 2020a, 2020b).

Numa fase inicial, participou-se em visitas domiciliárias a utentes em situação paliativa para melhor conhecimento da realidade e compreensão dos contextos. Durante o ensino clínico, o objetivo era conhecer a dinâmica da UCC e prestar cuidados num programa de *follow-up* e fazer o acompanhamento aos familiares de utentes que haviam sido alvo dos cuidados pela ECSCP, de forma a compreender o seu processo de adaptação à perda e monitorizar a necessidade de um acompanhamento mais pormenorizado por parte da equipa multidisciplinar.

Definiram-se como objetivos gerais: a) avaliar as necessidades dos cuidadores para a integração da perda e a elaboração do processo de luto; b) desenvolver intervenções de enfermagem à pessoa enlutada, com base nos fundamentos existencial-humanistas da relação terapêutica; c) promover a otimização e restituição da saúde mental através da elaboração e integração do processo de luto.

Deste modo, delinearão-se como objetivos específicos da intervenção: a) conhecer a dinâmica da equipa de cuidados em contexto comunitário e o seu projeto de intervenção; b) prevenir o adoecer mental da pessoa enlutada; c) implementar intervenções de enfermagem de cariz psicoterapêutico e psicoeducativo.

Os participantes (N=21) que integraram a amostra com base nos critérios de inclusão eram os cuidadores familiares enlutados de ambos os géneros, com idade igual ou superior a dezoito anos, com capacidades cognitivas não comprometidas, que se encontravam a vivenciar, no mínimo há seis meses, um processo de perda, estando naturalmente vulneráveis ao desenvolvimento de perturbação psiquiátrica associada à sua inadaptação, e que previamente haviam aceitado integrar o projeto da ECSCP.

Os critérios de inclusão foram definidos pela enfermeira especialista orientadora e o estudante de MESMP.

Como critérios de não inclusão, foram considerados os utentes que se recusaram a participar no projeto de intervenção no processo de luto, assim como utentes cuja perda tivesse existido no espaço temporal inferior a seis meses. De igual forma, não se incluíram neste programa de intervenção utentes com presença ou funcionamento psíquico desorganizado e atividade delirante exacerbada.

As entrevistas foram realizadas com recurso a chamada telefónica, devido à pandemia de SARS-CoV-2, utilizando-se um guião elaborado, no qual foram incluídas questões abertas e fechadas (**Apêndice VI**).

2.2.3. Do planeamento à implementação e avaliação das intervenções de cariz psicoterapêutico e psicoeducativo com a pessoa enlutada

As intervenções desenvolvidas tiveram por base a avaliação diagnóstica das necessidades dos cuidadores enlutados. Na avaliação do cuidador, utilizaram-se a entrevista semiestruturada, as notas de campo e um instrumento de avaliação de luto prolongado, validado e adaptado para a população portuguesa por Delalibera, Coelho & Barbosa (2011), para o qual foi solicitada autorização para a sua utilização e divulgação na intervenção no luto (**Apêndice VII**).

De acordo com os critérios para o desenvolvimento de perturbação de luto prolongado, gentilmente cedidos pelos autores (**Anexo I**), o familiar enlutado deve reunir cinco critérios que, em sumatório, evidenciem uma dificuldade acrescida em adaptar-se à perda ocorrida e elaborar um processo de luto satisfatório:

1. experiência de perda de um ente querido;
2. intensa ansiedade de separação face à perda;
3. presença de persistente ansiedade de separação num período de, pelo menos, seis meses após a perda;
4. presença de, pelo menos, cinco sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais, com níveis diários de sofrimento intenso ou várias vezes por dia, com bastante ou extrema intensidade;
5. presença de disfunção social, funcional e ocupacional.

Em concordância com a evidência científica, a existência prolongada de fatores de risco, que possibilitam o desenvolvimento de perturbações do processo de luto por um período igual ou superior a seis meses, é tida como um fator precipitante, e para minimizar esses riscos é pertinente uma intervenção especializada e estruturada.

Neste âmbito, de forma a realizar uma apreciação pormenorizada da adaptação à perda, embora por via telefónica, procurou-se compreender quais as necessidades de apoio após a morte e o tipo de sentimentos vivenciados e manifestados pelo cuidador enlutado.

Os aspetos contidos na avaliação do estado mental, como a atitude e o comportamento face à perda, o humor e a afetividade emocional resultante desta, o discurso e a linguagem verbal, o juízo crítico e o *insight*, assim como eventuais alterações do pensamento, cognição e perceção foram incluídos. Assim, procurou-se intervir o mais precocemente possível, de maneira individualizada e diferenciada, abordando a sua complexidade e singularidade,

com o intuito de acompanhar a família na crise, contribuindo para a adaptação à perda e facilitando o seu processo de transição.

Analisando a caracterização sociodemográfica dos participantes (**Apêndice V**), constatou-se que estes foram na sua maioria indivíduos do género feminino (85,71%, n=18), sendo que 66,67% desempenhavam o papel de cônjuges (n=14) e 19,05% desempenhavam o papel de filhas (n=4), com idades a oscilar entre os 36 e os 85 anos de idade. Os indivíduos do género masculino incluídos na intervenção (14,29%, n=3) desempenhavam o papel de cônjuges (9,52%, n=2) e de filho (4,76%, n=1), com idades compreendidas entre os 70 e os 74 anos.

Verifica-se nos resultados, tal como na literatura consultada, que são predominantemente as mulheres, esposas e filhas, que assumem o papel de cuidadoras, estando naturalmente mais vulneráveis a processos de adoecer mental perante a perda sentida, apresentando dificuldades em gerir as suas emoções na adaptação ao processo de luto. A idade dos cuidadores e a sua experiência face a perdas anteriores eleva a probabilidade de uma complicação do processo de luto devido à presença de estratégias de *coping* ineficazes para lidar com a morte e se ajustar à perda.

Explorando a causa de morte, constatou-se a existência de diagnóstico de neoplasia em 90,48% (n=19) dos utentes acompanhados pela ECSCP, em idades compreendidas entre os 39 e os 74 anos, sendo a neoplasia do pulmão o diagnóstico mais prevalente (28,57%, n=6), seguido da neoplasia do cólon (19,05%, n=4), estômago (9,52%, n=2), mama (9,52%, n=2), útero (9,52%, n=2), pâncreas (9,52%, n=2), e cérebro (4,76%, n=1). A outra causa apurada de óbito por origem não-neoplásica revelou que 9,52% (n=2) dos utentes acompanhados pela ECSCP faleceram devido à existência de diagnóstico de doença neurológica degenerativa – esclerose lateral amiotrófica –, com incidência entre os 79 e os 80 anos.

O local da morte do familiar e a possibilidade de cuidar e despedir-se do seu familiar em fase terminal de vida foram dois aspetos verbalizados pelos cuidadores, face à atual pandemia de SARS-CoV-2. Tais aspetos são considerados relevantes na integração do luto antecipatório face à doença prolongada e incurável, contribuindo consequentemente para a assimilação da morte e elaboração positiva do sentido de perda.

Os dados demonstram que a maioria dos utentes acompanhados pela ECSCP faleceu no domicílio (66,67%, n=14), indo ao encontro do seu desejo, enquanto 33,33% (n=7) dos utentes, por agravamento do seu estado de saúde, aumento de dependência nas atividades de vida diárias e dificuldade na resposta por parte dos familiares, vieram a falecer no hospital.

Analisando os dados quantitativos obtidos pela inclusão do instrumento de avaliação de luto prolongado (Delalibera, Coelho & Barbosa, 2011) aplicado aos seis meses após a perda,

foi possível identificar 28,57% (n=6) dos familiares enlutados com critérios de perturbação do processo de luto, sendo estes encaminhados para o apoio estruturado de psicologia. Os restantes 71,43% (n=15) apresentavam-se aparentemente adaptados à perda vivenciada, evidenciando critérios de luto integrado, sendo mantida a monitorização periódica de acordo com a intervenção da ECSCP.

Em resumo, apresentam-se no quadro abaixo os aspetos que se identificaram como facilitadores na integração da perda:

- O espaço temporal decorrido desde a perda;
- A aceitação da doença e adaptação à morte;
- A adequação dos cuidados prestados;
- A importância do controlo de sintomas da doença;
- O apoio da ECSCP e da família antes e após a perda;
- A expressão de sentimentos e emoções;
- As recordações da vivência familiar;
- A retoma de atividades sociais e laborais;
- O cumprimento de metas realistas;
- O cumprimento de últimos desejos do ente querido;
- A espiritualidade e a prática de crenças religiosas;
- A partilha de objetos pessoais e o valor sentimental atribuído.

Quadro 1 - Aspetos facilitadores na integração da perda

As narrativas provenientes dos discursos constituem uma importante fonte de produção de conhecimento em enfermagem e permitem uma reflexão sobre a ação e uma reconstrução de significados do processo intersubjetivo de partilha (Amendoeira & Silva, 2018). Assim, destacam-se alguns excertos que enumeram os aspetos identificados como facilitadores e prejudiciais à integração da perda:

“... eu sei que ele estava a sofrer muito... custa não o ter cá, mas ao menos ele partiu sem dores...” (sic) – Sr.^a F. H.;

“... sinto a falta dela [esposa], mas a vida continua... os filhos e os netos também precisam de mim...” (sic) – Sr. J. M.;

“... se não fosse a minha filha e vocês [ECSCP] nem sei como aguentaria... dói pensar no meu marido, mas já não é como no início... uma pessoa habitua-se...” (sic) – Sr.^a E. N.

“... vejo as filmagens e as fotografias [das viagens] e é como se sentisse que ele foi de viagem e um dia haveremos de nos encontrar de novo...” (sic) – Sr.^a E. H.;

“... voltar ao trabalho ajudou-me a estar distraída e ocupada...” (sic) – Sr.^a T. T.;

“... vou fazendo as minhas coisas. Vou tratando do meu quintal e das minhas gatinhas... uma pessoa não esquece, mas tem que seguir em frente...” (sic) – Sr.^a C. S.;

“... o meu pai e eu fizemos tudo o que estava ao nosso alcance... ficámos de consciência tranquila... ela [mãe] sabe que fizemos o que conseguimos...” (sic) – Sr. V. L.;

“... sempre que vou ao cemitério, sinto que ele [esposo] está em paz junto de Deus...” (sic) – Sr.^a M. M.;

“... ela [mãe] quis ser cremada e que as cinzas fossem deitadas ao mar... fiz-lhe o último pedido, era isso que ela queria e sei que ficou satisfeita por isso...” (sic) – Sr.^a A.C.;

“... já conseguimos dar tudo o que era dela [esposa]. Ficaram só algumas coisas mais importantes... são recordações...” (sic) – Sr. J. M.;

“... ainda conseguiu passar o Natal bem... e conseguimos que fosse aos anos da bisneta antes de morrer...” (sic) – Sr.^a L. S.;

“... a saudade é muita, mas aprende-se a viver com ela...” (sic) – Sr.^a L. G.;

“... honrei a memória dela [esposa]... abri uma fundação que tínhamos idealizado para ajudar pessoas desfavorecidas... é a forma de ela permanecer viva...” (sic) – Sr. J. M.

Através da intervenção terapêutica realizada, também foi possível identificar obstáculos prejudiciais ao processo de adaptação e a presença de critérios de luto complicado, expressos no quadro seguinte:

- A sensação dolorosa de vazio desde a morte;
- A saudade extrema do ente querido perdido;
- A ausência de sentido da vida sem o familiar falecido;
- O intenso sofrimento com a perda;
- A dependência da pessoa perdida;
- As alterações e diminuição da autoestima;
- O isolamento social e a dificuldade na realização de atividades de vida diárias;
- A dificuldade em pensar no sofrimento e aceitar a naturalidade da perda;
- A impossibilidade de se despedir ou realizar um ritual fúnebre idealizado;
- A dificuldade em separar-se de objetos pessoais ou a impossibilidade em privar-se da sua presença.

Quadro 2 - Obstáculos ao processo de adaptação à perda

Exemplificam-se igualmente alguns excertos das narrativas que relacionam muito sofrimento e aspetos identificados como prejudiciais à adaptação psicossocial:

“... a vida não tem mais interesse... ele [esposo] era muito novo para morrer... a nossa filha é tão pequena e já não tem pai [choro compulsivo]...” (sic) – Sr.^a F. M.;

“... era ele quem sabia das contas cá de casa... desde que ele ficou doente, nem vontade de comer eu tinha. Depois ele morreu e eu só tenho pedido a Deus para ir ter com ele... não faço já cá nada...” (sic) – Sr.^a A. L.;

“... quando acordo, ele continua a não estar lá... aquela maldita doença [cancro] leva tudo e todos, novos e velhos... se o arrependimento matasse...” – (sic) Sr.^a G. F.;

“... esta saudade, esta revolta... de dia para dia parece que não passa... não há um dia que não pense que ele sofreu tanto para nada...” (sic) – Sr.^a R. C.;

“... tenho conseguido dormir, mas só com os comprimidos... muitas vezes fico na sala para não ir para o quarto...” (sic) – Sr.^a A. L.;

“... ainda tinha muito para viver. Fez tantos tratamentos, sofreu tanto [esposo] e sofremos nós todos [família]...” (sic) – Sr.^a O. R.;

“... disse aos meus filhos que não se tira nada do pai lá de casa... não quero pensar que as coisinhas que ele estimou tanto uma vida saiam de lá...” (sic) – Sr.^a P. P.;

“... comprámos uma cama [articulada] para os dois... entretanto ele morreu já há seis meses e nem cama, nem dinheiro... tem sido um sofrimento...” (sic) – Sr.^a R. C.;

“... ficou com muita falta de ar... chamei a ambulância... foi para o hospital e nunca mais o vi...” (sic) – Sr.^a F. H.;

“... não deixaram abrir o caixão, era como se ela [esposa] não tivesse lá... quem me diz que não era outra pessoa?... não lhe pude dar um beijo como fazia sempre...” (sic) – Sr. A. F.

Sabe-se que a compreensão racional das problemáticas não basta para produzir transformações necessárias para modificar o equilíbrio emocional; contudo, é importante a atitude do profissional em identificar e clarificar os fenómenos de culpa, de autopunição e de desvalorização, bem como as resistências, que conduzem a uma visão subjetiva dos problemas e que levam ao adoecer mental.

Deste modo, as temáticas acima mencionadas permitiram a tomada de decisão e uma abordagem relacional eclética e individualizada, mobilizada através de um conjunto de conhecimentos e competências com a pessoa enlutada, para reduzir riscos, detetar precocemente potenciais problemas e resolvê-los ou minimizá-los.

Ao longo da intervenção houve necessidade de encaminhamento de alguns utentes para o apoio estruturado de psicologia clínica, com necessidade de uma intervenção diferenciada no luto, externa à consulta de enfermagem.

Ainda durante o estágio, realizaram-se outras atividades, tais como a colaboração na melhoria de um folheto informativo para a consulta do luto e conferência familiar em

cuidados paliativos (**Apêndice VIII**), destinado a ser divulgado e distribuído aos familiares, tendo em vista a promoção do cuidado de Si (Gomes, 2016).

Foi igualmente realizada a atualização e melhoria da norma institucional da intervenção no luto pela ECSCP, sugerida pela Sr.^a enfermeira especialista orientadora, na qual foi incluída fundamentação científica atualizada e adaptada às medidas de segurança impostas pela UCC no decorrer da pandemia de SARS-CoV-2.

Mediante os contributos pessoais para a concretização e melhoria do projeto de intervenção no luto, bem como a riqueza e pertinência dos dados quantitativos e qualitativos recolhidos nas intervenções terapêuticas realizadas em conjunto com a enfermeira especialista orientadora, foi sugerido pela Sr.^a enfermeira coordenadora da ECSCP a sua divulgação junto da respetiva equipa multidisciplinar, realizando-se no final do ensino clínico uma formação em serviço (**Apêndice IX**), cujo *feedback* recebido foi muito positivo e elogioso.

Em suma, no decorrer das intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas realizadas, houve a possibilidade de identificar fatores protetores e de risco, impeditivos de um processo de luto adaptativo e satisfatório; manter o acompanhamento diferenciado com a pessoa enlutada, compreendendo o seu processo de adaptação à perda; facilitar a manutenção da relação terapêutica mediante a entrevista de ajuda com recurso aos fundamentos existencial-humanistas; e realizar o encaminhamento para outros elementos da equipa multidisciplinar.

Igualmente, a possibilidade de integrar este projeto e a colaboração da Sr.^a enfermeira especialista orientadora foram fundamentais e muito enriquecedores, incentivando a constante reflexão sobre a morte, a perda e a sua influência no seio da estrutura familiar. Os aspetos reunidos ao longo do ensino clínico e as intervenções desenvolvidas permitiram que a ECSCP pudesse dar continuidade à monitorização da família, despistando precocemente sinais e sintomas de adoecer mental e complicações no processo de adaptação ao luto.

Assim, procurando aprofundar os conhecimentos no estágio e contribuir futuramente para a melhoria dos cuidados de enfermagem e para uma intervenção mais diferenciada como EEESMP a intervir no processo de perda, frequentaram-se ações de formação certificadas no âmbito dos cuidados paliativos relativas ao processo de luto, nas quais se procurou adquirir novas estratégias de acompanhamento, apoio, encaminhamento e deteção precoce de fatores de risco para o adoecer mental nos familiares de utentes a vivenciarem um processo de perda, passíveis de serem implementadas em abordagens terapêuticas futuras (**Anexo II, Anexo III, Anexo IV**).

Como constrangimentos identificados ao longo do estágio, salienta-se a duração temporal do estágio neste contexto comunitário, visto a perda e o luto serem aspetos tão próprios e pessoais que requerem uma abordagem prévia e uma manutenção contínua da

relação terapêutica. Lamenta-se também que, devido à pandemia de SARS-CoV-2, as visitas domiciliares de apoio ao luto tenham sido suspensas temporariamente, o que condicionou o contacto com a comunicação não-verbal dos utentes, aspeto este deveras importante na apreciação da pessoa enlutada em sofrimento mental.

Na execução do presente relatório de estágio, assim como nas intervenções realizadas, foram assegurados os aspetos ético e deontológicos intrínsecos à profissão de enfermagem na proteção da pessoa cuidada, princípios incluídos nos regulamentos de competências comuns e específicas do EEESMP, respeitando a dignidade da pessoa, protegendo os seus direitos, zelando pela segurança e pela qualidade dos cuidados prestados. Foram respeitados os princípios éticos da beneficência, não-maleficência e justiça, garantindo ao utente um cuidado e tratamento justo e equitativo, com direito ao seu anonimato, confidencialidade e proteção.

Nesta ótica, indo ao encontro dos pressupostos contidos na Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, 1998), aos utentes envolvidos nas intervenções, quer em estágio de internamento em psiquiatria e saúde mental, quer em contexto comunitário, foram assegurados o respeito pelo consentimento livre e esclarecido nas atividades e nos objetivos previstos no projeto de estágio, salvaguardando assim o respeito pelo princípio da autonomia da pessoa e pela sua liberdade de escolha em aceitar ou recusar participar nele. Para tal, todos os dados que dizem respeito à identidade dos utentes, dos profissionais e das instituições onde os estágios se realizaram, foram propositadamente ocultados.

Visto tratar-se de utentes em situação de vulnerabilidade acrescida, quer pela presença de patologia mental, quer pelo risco acrescido de desenvolvê-la, foi ainda respeitada em toda a prática de cuidados a situação de vulnerabilidade, nomeadamente em situações em que a sua autonomia e tomada de decisão se encontravam comprometidas emocional ou cognitivamente, favorecendo a sua integridade física, mental, intelectual e social.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Concluído o percurso realizado em torno dos ensinamentos clínicos, torna-se pertinente refleti-lo à luz das competências de EEESMP, contidas nos Regulamentos n.º 515/2018 (2018) e n.º 140/2019 (2019) da OE, perspetivando os ganhos implicados na sua aquisição.

Os estágios no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica permitiram adquirir e desenvolver conhecimentos e competências comuns e específicos de EEESMP, sendo estes determinantes para avaliar, refletir e intervir na prática, procurando a constante melhoria dos cuidados prestados.

Sendo uma competência comum ao EE e ao exercício da prática de enfermagem, é requerido ao EEESMP um exercício profissional, ético e legal mediante a utilização de um corpo de conhecimentos que visam a tomada de decisão ética e deontológica, de uma forma consciente e segura, respeitando a deontologia da profissão, a autodeterminação e a proteção do utente ao seu cuidado.

Através da inclusão do utente, com experiência de doença mental ou em risco de desenvolvê-la, no seu plano terapêutico, construiu-se com o mesmo uma parceria fundada na tomada de decisão consciente, jurídica e deontológica, mobilizando os conhecimentos adquiridos no seio da equipa multidisciplinar, salvaguardando a inclusão dos direitos humanos e das responsabilidades profissionais nos cuidados realizados.

Procurou-se desenvolver esta competência mediante uma conduta equitativa, justa e segura, assegurando a confidencialidade e o anonimato do utente e das instituições onde os ensinamentos clínicos foram realizados, assim como dos dados obtidos, protegendo a sua privacidade e confidencialidade.

No domínio da melhoria contínua da qualidade e gestão dos cuidados, pretendeu-se dar visibilidade e seguimento aos projetos implementados nas instituições onde foram realizados os ensinamentos clínicos, como estratégia de melhoria contínua. Como tal, na primeira semana em cada um dos contextos, foi objetivo pessoal compreender a dinâmica das equipas e a existência ou intenção em integrar projetos institucionais que pudessem tanto dar resposta ao projeto de estágio delineado como às necessidades identificadas pelas instituições, garantindo a sua execução e melhoria em termos de desenvolvimento e implementação.

Mediante a colaboração num projeto de intervenção no luto, em contexto comunitário, contribuiu-se com os parceiros da equipa na implementação de intervenções de enfermagem

com vista à melhoria no planeamento estratégico e divulgação de uma norma institucional adaptada à situação pandémica de SARS-CoV-2, assegurando a continuidade dos cuidados ao familiar enlutado, atuando como agente na prevenção e deteção do seu adocer mental. Em contexto de internamento em psiquiatria, integraram-se os programas institucionais do centro hospitalar, nomeadamente os de melhoria contínua de cuidados relativamente à prevenção de quedas e úlceras por pressão, gestão de risco e prevenção e controlo da infeção hospitalar, assegurando medidas de segurança e proteção individual dos utentes e profissionais.

Como condição imprescindível para a relação terapêutica, os ambientes em que as intervenções foram realizadas tiveram igualmente o cuidado de ser rigorosamente analisados, não apenas garantindo a proteção dos utentes, mas também as condições e os recursos adequados para a sua realização, minimizando os riscos para os seus participantes e dinamizadores.

No contexto de internamento, as intervenções realizadas com o grupo terapêutico asseguraram o distanciamento social imposto pelas normas da DGS, pelo Conselho de Administração hospitalar e pela chefia do serviço, assim como a correta utilização de EPI's e a desinfeção de superfícies e materiais utilizados. No contexto comunitário, foram asseguradas intervenções com os familiares enlutados mediante consulta telefónica, dando continuidade à intervenção realizada em período pré-pandemia pela ECSCP, salvaguardando-se que o ambiente garantia a total confidencialidade dos seus intervenientes e se encontrava protegido e livre de ruído que criasse um impasse na relação estabelecida.

Mediante uma conduta positiva e facilitadora dos cuidados, enquanto estudante de MESMP no seio das equipas, houve o cuidado não perturbar a sua dinâmica e prática, assegurando um desempenho de funções facilitador, assim como o desenvolvimento de uma atitude de maturidade, resiliência e colaboração face aos inconvenientes encontrados.

Relativamente ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, ambos os contextos permitiram ampliar a capacidade autorreflexiva e assertiva, reconhecendo as necessidades de aprendizagem advindas da prática enquanto estudante, detendo como premissa a constante procura pela evidência científica atual que pudesse suportar intervenções mais sólidas e processos reflexivos próprios, favorecendo a motivação pessoal e a destreza profissional, mobilizando um corpo de conhecimentos na prática, procurando, junto dos enfermeiros orientadores e da docente orientadora, estratégias de melhoria contínua.

A par com as competências comuns de EE, adquiriram-se e desenvolveram-se também as competências específicas de EEESMP.

No âmbito da primeira competência específica, que preconiza o autoconhecimento e a consciência do papel desempenhado na relação com o Outro, estimulou-se uma constante

reflexão enquanto interveniente na relação com a pessoa cuidada. Tornou-se pertinente o investimento e a aquisição de conhecimentos através de várias formações realizadas no âmbito dos cuidados em fim de vida e sobre o processo de elaboração do luto, que facilitaram a identificação de sentimentos, emoções, comportamentos e impasses na relação terapêutica estabelecida.

A constante proximidade relacional ao intervir com a pessoa em sofrimento, e a reflexão sobre a práxis, potenciou o autoconhecimento e aceitação de mim próprio e do Outro, fomentando uma sensibilidade acrescida e elevada consciência emocional enquanto pessoa e profissional.

A participação nas reuniões da equipa multidisciplinar e as discussões de casos, as reflexões realizadas nos diários de aprendizagem e nas notas de campo relativamente a situações vivenciadas no decorrer dos ensinamentos clínicos, assim como a reflexão com a docente e os enfermeiros orientadores, permitiram-me «mergulhar» não apenas na minha forma de pensar e agir enquanto estudante, mas também levar esses processos de reflexão para o interior da minha prática profissional de cuidados, propondo-me constantemente analisar de forma crítica o meu pensamento, o meu comportamento, a minha emoção e o estar na relação comigo e com o Outro.

Foram muitas as situações que me fizeram crescer. Contudo destaco duas situações em particular, nas quais a reflexão se verificou bastante pertinente: a primeira, em contexto de internamento hospitalar em saúde mental, enquanto realizava uma intervenção com uma jovem internada com ideação suicida, de idade próxima da minha, senti-me afetado pelos motivos que levariam a utente a tal ato, emergindo em mim sentimentos de revolta e tristeza. Senti naquele momento que me deixara afetar com o que a utente havia transferido para a entrevista, contra-transferindo a minha opinião como forma de apaziguar a minha dor.

Naquele momento, mesmo que não o conseguisse demonstrar, não só o meu pensamento me havia causado desconforto, como a minha postura corporal denotava um olhar incomodado com os dados obtidos. Expondo esse incómodo ao enfermeiro orientador, procurei refletir através de um diário de aprendizagem as emoções e os sentimentos vivenciados, monitorizando as minhas reações corporais e emocionais, de forma a compreender os limites da relação, assumindo um perfil profissional que mantivesse a integridade do processo terapêutico. Superada essa angústia inicial, durante o período em que a jovem utente esteve internada no serviço, procurei melhorar esta consciência emocional, permitindo-me distanciar com segurança da situação transferida, e trabalhar internamente o meu autoconhecimento.

A segunda situação ocorreu em contexto comunitário, no seio da ECSCP, ao refletir sobre situações constantes de perda e sobre o meu *insight* e as minhas próprias estratégias emocionais relativamente ao sofrimento e aos processos de luto, desenvolvendo competências relacionais e comunicacionais em contexto de prática profissional, facilitando a catarse dos familiares enlutados relativamente à perda sentida.

No âmbito da segunda e terceira competências específicas, em contexto de internamento, assisti a pessoa com experiência de doença mental, aliviando o seu sofrimento, e em contexto comunitário assisti a família a vivenciar um processo de luto após uma perda real, auscultando necessidades e facilitando estratégias adaptativas para a sua integração.

Em ambos os contextos, mediante uma colheita criteriosa através de dados reunidos na interação verbal e não-verbal com o utente ao longo das entrevistas de ajuda e do processo de enfermagem, bem como da interação com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, realizou-se uma apreciação global do estado mental da pessoa cuidada, prevenindo o adoecer mediante a identificação de fatores protetores e de risco, na qual se implementaram intervenções de promoção da saúde mental, individuais e em grupo, promovendo o empoderamento e a reabilitação psicossocial, devolvendo aos utentes a capacidade de, em parceria com a equipa multidisciplinar, investirem em ganhos próprios para o seu bem-estar físico, emocional, comportamental e social.

Através do estudo de caso realizado no internamento de psiquiatria e das notas de campo relativamente aos utentes acompanhados pela ECSCP, identificou-se o impacto da doença mental e da perda como fatores potenciadores de sofrimento mental, estabelecendo-se diagnósticos de intervenção com base na taxonomia CIPE[®], para os quais se delineou a implementação de um plano de cuidados individualizado com vista à promoção social e emocional.

No âmbito da quarta competência específica de EEESMP, através da implementação de intervenções de cariz psicoterapêutico, psicoeducativo e psicossocial, em contexto de internamento de psiquiatria, identificou-se um aspeto potenciador de sofrimento e angústia, transversal ao serviço e aos utentes internados – a hospitalização e a perda do contacto com os seus familiares – devido às restrições físicas impostas para controlo da pandemia de SARS-CoV-2. Nas primeiras semanas de estágio, era referido pelos enfermeiros do serviço a marcada clinofilia que os utentes apresentavam, fruto da sua personalidade e/ou do regime medicamentoso instituído.

Face à situação, e particularmente sensibilizado pelo isolamento social que os utentes verbalizavam em *setting* privado, implementou-se um projeto de intervenção psicoterapêutica e psicossocial com recurso a mediadores expressivos artísticos, com o intuito de estimular o

insight, a saúde mental, a autoestima, a realização pessoal e a interação social, desempenhando um papel integrador e facilitador das relações interpessoais, o acesso a memórias, emoções e sentimentos, a construção de novas habilidades e a consciência da sua situação de saúde atual. Neste projeto, na relação e partilha autêntica e espontânea do utente, incentivou-se a procura de estratégias de *coping* na adaptação às múltiplas perdas sentidas.

O resultado deste projeto foi bastante positivo, uma vez que a riqueza das produções artísticas e o sentimento de pertença no grupo terapêutico que emergiu facilitaram o acesso a aspetos particulares dos utentes, passíveis de serem trabalhados pelos vários elementos da equipa multidisciplinar. Igualmente, a satisfação dos profissionais e dos utentes incluídos no programa de intervenção, assim como a solicitação da continuidade do respetivo programa, foram sentidas como uma mais-valia para o serviço e para mim enquanto futuro EEESMP.

No contexto comunitário, implementou-se, em conjunto com a ECSCP, um programa de *follow-up* e acompanhamento aos familiares enlutados, de forma a compreender o seu processo de adaptação à perda e monitorizando as suas necessidades, desenvolvendo com eles intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas com ênfase na promoção, otimização e restituição da saúde mental, integração do processo de luto e prevenção de processos psicopatológicos associados ao sofrimento emocional resultante da perda.

Através da consulta de enfermagem via telefónica, desenvolveram-se relações terapêuticas satisfatórias com os familiares enlutados, incentivando aspetos como o autocuidado, a autoimagem e a adesão a estilos de vida mais saudáveis, minimizando a perda e ampliando o foco na melhoria do seu processo de saúde. Através da entrevista semiestruturada e de instrumentos de avaliação no luto, procurou-se também identificar evidência de sinais e sintomas de adoecer mental associado a um processo de luto inibido ou disfuncional, encaminhando estes utentes para um apoio estruturado de psicologia.

Os ganhos obtidos com a execução do presente projeto, assim como as reflexões realizadas em torno da sua concepção, permitiram cimentar o desenvolvimento das competências comuns e específicas que, enquanto futuro EEESMP, se perspectivavam adquirir. O esforço e a dedicação em torno de todo o trabalho desempenhado permitiram uma motivação e uma maior maturidade emocional e cognitiva que considero úteis para futuras investigações em saúde.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O luto, resultante da realidade da perda, relaciona-se com o investimento afetivo realizado em torno de um vínculo pré-existente. Assim, quanto maior for este vínculo entre a pessoa e o objeto, maior o seu investimento. Na ausência do objeto de interesse, a sua representação permanece na psique, sendo este superado através da elaboração do sentido de perda (Freud, 1917; Coimbra de Matos, 2014).

Indo ao encontro dos anteriores autores, afirma-se que a perda e o luto se constituem como um processo complexo de transição, que se intercala com a dinâmica e a história familiar, a circunstância da perda, as crenças e os valores de cada família.

Considera-se que o processo de luto é assimilado quando a irreversibilidade é assumida pela aceitação clara da perda do familiar, integrando aspetos cognitivos, psicoemocionais, comportamentais e sociais sobre o processo de doença e morte de forma sintónica.

A integração do luto está ainda relacionada quando os aspetos inerentes ao falecido são recordados sem presença de intensa dor emocional e se observa o reinteresse na vivência de novas emoções e laços afetivos com alegria, prazer e sem sentimentos de culpa, e o reconstruir de novos significados com o mundo interno, externo e transcendente (Barbosa, 2016b; Cardoso et al., 2020; Sampaio, Gonçalves & Sequeira, 2020).

Embora não exista um espaço temporal para se integrar a perda, a evidência científica adverte para a existência de sintomas prolongados e persistentes de sofrimento físico, mental e social a partir dos seis meses após a perda, devendo o familiar enlutado ser acompanhado e monitorizado regularmente e o mais precocemente possível.

Neste sentido, a ajuda do profissional de saúde mental assume especial valorização na intervenção familiar ao avaliar as necessidades dos enlutados e facilitando a elaboração do sentido de perda e do processo de luto, requerendo do EEESMP uma intervenção terapêutica alicerçada em evidência científica de apoio com vista ao seu alívio, bem como influenciando positivamente trajetórias de luto inibidas ou distorcidas, de forma a restabelecer o seu normal funcionamento de adaptação (Barbosa, 2016b; Worden, 2018; Sequeira, 2020a, 2020b).

Este trabalho foi norteado pela seguinte questão de partida: quais as necessidades e as atitudes facilitadoras na elaboração do processo de perda sentidas pelo utente?. Em resposta a esta questão, em contexto hospitalar, identificaram-se as necessidades e trabalharam-se as perdas da pessoa com experiência de doença psiquiátrica, desenvolvendo intervenções psicoterapêuticas e psicossociais individuais e em grupo, com recurso aos mediadores expressivos artísticos como a pintura, o desenho, o corte e a colagem, com o intuito de promover o *insight*, a consciência emocional, a expressão do sofrimento mental, a capacidade

de partilha, a autoestima, a criatividade e a interação interpessoal, contribuindo para a recuperação social, emocional e comportamental da pessoa cuidada.

Mediante a avaliação da satisfação dos participantes ao longo das sessões, bem como o *feedback* obtido junto dos profissionais do serviço, o projeto constituiu-se como uma mais-valia, uma vez que favoreceu a catarse e a identificação de aspetos passíveis de serem trabalhados em *setting* particular pela equipa multidisciplinar. Também o espírito de grupo, a aceitação pela partilha do Outro e a reflexão sobre aspetos salientados sobre si e sobre os pares foram alvo de reflexão, mediante a partilha das obras artísticas, permitindo a descentralização de si para poder escutar e apoiar o Outro.

No contexto comunitário, as intervenções desenvolvidas foram enquadradas num programa de *follow-up* no luto, através do acompanhamento aos familiares de utentes que haviam sido alvo de cuidados pela ECSCP, de forma a prevenir o adoecer mental da pessoa enlutada, compreendendo o seu processo de adaptação à perda e desenvolvendo intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas com base nos fundamentos existencial-humanistas da relação terapêutica, promovendo a otimização e restituição da sua saúde mental através da elaboração e integração do processo de luto.

Mediante o recurso à entrevista semiestruturada, às notas de campo e a um instrumento de avaliação de luto prolongado, validado e adaptado para a população portuguesa por Delalibera, Coelho & Barbosa (2011), procedeu-se à avaliação diagnóstica dos cuidadores enlutados, procurando compreender quais as necessidades de apoio após a morte e o tipo de sentimentos vivenciados pelo cuidador enlutado, intervindo o mais precocemente possível na crise, facilitando o seu processo de transição e contribuindo para a adaptação à perda.

Devido à pandemia de SARS-CoV-2, as intervenções terapêuticas foram realizadas com recurso à consulta telefónica, incluindo-se na intervenção familiar aspetos contidos na avaliação do estado mental como a atitude e o comportamento face à perda, o humor e a afetividade emocional resultante desta, o discurso e a linguagem verbal, o juízo crítico e o *insight*, assim como eventuais alterações do pensamento, cognição e perceção, de forma a realizar uma apreciação pormenorizada da adaptação à perda e evidência de adoecer mental da pessoa enlutada.

Foram avaliados os fatores de risco no processo de adaptação à perda, tanto em contexto hospitalar como comunitário, devido à situação pandémica de SARS-CoV-2, como o estigma associado à infeção, a discriminação e o isolamento social que ocorrem devido à dificuldade na comunicação com a equipa hospitalar, a suspensão de visitas no internamento, o sconstrangimentos na realização de rituais fúnebres e a falta de suporte familiar e social

pelas restrições impostas para controlo da pandemia, que constituíram obstáculos à funcional adaptação à perda, influenciando a trajetória do seu processo de assimilação.

Analisando os dados quantitativos obtidos pela inclusão do instrumento de avaliação de luto prolongado (Delalibera, Coelho & Barbosa, 2011) aplicado aos seis meses após a perda, foi possível identificar 28,57% (n=6) dos familiares enlutados com critérios de perturbação do processo de luto, sendo estes encaminhados para o apoio estruturado de psicologia. Os restantes 71,43% (n=15) apresentavam-se aparentemente adaptados à perda vivenciada, evidenciando critérios de luto integrado, mantendo-se a monitorização periódica pela ECSCP.

Como aspetos facilitadores na elaboração da perda, identificámos: o espaço temporal decorrido desde a perda, a aceitação da doença e da morte, o controlo de sintomas da doença e a adequação dos cuidados prestados, o apoio da ECSCP e da família antes e após a perda, a expressão de sentimentos, emoções e recordações da vivência familiar, a retoma de atividades sociais e laborais, o cumprimento dos últimos desejos do ente querido, a espiritualidade e a prática de crenças religiosas, assim como a partilha de objetos pessoais e o valor sentimental atribuído.

Como enfermeiro inserido no seio de uma ECSCP, ao implementar o projeto de elaboração da perda no âmbito dos cuidados paliativos, visou-se construir com a família uma visão sistémica de resiliência, capacitando-a para enfrentar e adaptar-se às crises e adversidades resultantes do processo de doença, aceitando a morte como um processo natural, reduzindo a sobrecarga física e emocional e facilitando a integração da perda.

Ainda que vivenciando as limitações que a pandemia de SARS-CoV-2 impôs no desenvolvimento das intervenções, consideramos que a família foi acompanhada através da relação de ajuda e da utilização de estratégias de comunicação terapêutica, visando fornecer-lhe uma reconstrução do sentido de perda, procurando estimulá-la a refletir ativamente sobre as próprias palavras, favorecendo a catarse e a expressão de emoções e sentimentos reprimidos, incentivando-a, de forma empática e compreensiva, à adoção de pensamentos e perceções positivos e ao reconhecimento das diferentes manifestações e respostas à perda.

As competências que foram sendo adquiridas e aperfeiçoadas ao longo do MESMP e dos estágios, bem como o desenvolvimento de uma consciência profunda de mim enquanto instrumento terapêutico na relação com o Outro, permitiram-me terminar este trabalho com a certeza de ter alcançado os objetivos a que me propus, envolvendo-me um sentimento de dever cumprido para comigo e para com os que diariamente por mim são cuidados.

Como perspetivas futuras, consideramos que todo o trabalho e reflexão desenvolvidos em torno deste relatório irão contribuir para futuras investigações e divulgação do saber em enfermagem, motivando a persistência e a determinação em garantir a melhoria nos cuidados.

REFERÊNCIAS

- Abreu-Filho, A. (2017). O luto e a morte nossa de cada dia. In Payá, R. (Org.). *Intercâmbio de psicoterapias: como cada abordagem psicoterapêutica compreende os transtornos psiquiátricos* (pp. 14-19). 2.^a Ed. Rio de Janeiro: Editora Roca.
- Allard, E., Genest, C., & Legault, A. (2020). Theoretical and philosophical assumptions behind the concept of anticipatory grief. *International Journal of Palliative Nursing*, 26 (2), 56–63. **DOI:** <https://doi.org/10.12968/ijpn.2020.26.2.56>.
- Amaral, A., Almeida, E. & Sousa, L. (2020). Intervenção psicoeducacional. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Coord.). *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções* (pp.174-176). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Amendoeira, J. & Silva, I. (2018). O uso da narrativa no paradigma da investigação qualitativa. *Revista da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, Vol. VI (2): 29 – 40.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM 5 - Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. 5^a Ed. (trad.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Areia, N., Major, S., Fonseca, G., Oliveira, V. & Relvas, A. (2020). Prevalência e preditores de morbilidade psicológica nos familiares de doentes oncológicos terminais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 21 (1), 169-175. **DOI:** <https://dx.doi.org/10.15309/20psd210125>.
- Areia, N., Major, S., Góngora, J. & Oliveira, V. & Relvas, A. (2020). Support interventions for families of people with terminal cancer in palliative care. *Palliative and Supportive Care*, 1-9. **DOI:** <https://doi.org/10.1017/S1478951520000127>.
- Barbosa, A. (2016a). Fazer o luto. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. (Ed.) *Manual de cuidados paliativos* (pp. 553-630). 3.^a Ed. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Barbosa, A. (2016b). *Fazer o luto*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

- Bowlby, J. (1980). *Loss: sadness & depression* (Vol. 3). London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (2004). *Perda: tristeza e depressão* (3.^a Ed., Vol. 3). São Paulo: Martins Fontes.
- Braga, L., Salgado, P., Souza, C., Prado, M., Melo, M. & Parreira, P. (2018). The Betty Neuman model in the care of patients with a peripheral venous catheter. *Revista de Enfermagem Referência, serIV*(19), 159-167.
DOI: <https://dx.doi.org/10.12707/RIV18029>.
- Brinkmann, S. (2018). Could grief be a mental disorder?, *Nordic Psychology*, 70 (2): 146-159. **DOI:** <https://doi.org/10.1080/19012276.2017.1381038>.
- Bruno, A., Iannuzzo, F., Presti, R., Pandolfo, G., Cedro, C., Pangallo, N., & Muscatello, M. (2019). Grief and the new DSM-5 clinical category: a narrative review of the literature. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 7 (2): 1-16.
DOI: 10.6092/2282-1619/2019.7.2244.
- Caldas de Almeida, J. (2018). *A saúde mental dos portugueses*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Cardoso E., Silva, B., Santos, J., Lotério, L., Accoroni, A. & Santos, M. (2020). The effect of suppressing funeral rituals during the COVID-19 pandemic on bereaved families. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28:e3361.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4519.3361>.
- Carvalho, R. (2009). Construindo pontes com a imaginação: Arte-Psicoterapia Analítica Grupal In *Arte Viva: Revista Portuguesa de Arte-Terapia*. Disponível em <http://arteterapia.com/wp-content/uploads/2013/09/Revista-ARTEVIVA-n.-9-2019>. Consultado a 08 de dezembro de 2020.
- Carvalho, J., Cordeiro, R., Ribeiro, I. & Tavares, C. (2019). *Mediadores de expressão e a saúde mental: um recurso a potenciar no ensino*. **DOI:** 10.13140/RG.2.2.33247.00160.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: os fundamentos existencial humanistas da relação de ajuda*. Volume I. Loures: Lusodidacta.

- Chalifour, J. (2009). *A intervenção terapêutica: estratégias de intervenção*. Volume II. Loures: Lusodidacta.
- Coimbra de Matos, A. (2014). *A depressão*. 2.^a Ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Conselho Nacional de Saúde (2019). *Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. Lisboa.
- Corr, C. (2020). Elisabeth Kübler-Ross and the “five stages” model in a sampling of recent american textbooks. *Omega: Journal of Death & Dying*, 82(2), 294–322. **DOI:** <https://doi.org/10.1177/0030222818809766>.
- Das, S., Singh, T., Varma, R., & Arya, Y. (2021). Death and mourning process in frontline health care professionals and their families during COVID-19. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 624428. **DOI:** <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.624428>.
- Delalibera, M., Coelho, A., & Barbosa, A. (2011). Validação do instrumento de avaliação do luto prolongado para a população portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 24(6), 935-942.
- Despacho n.º 14311-A/2016 (2016). Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos para o biénio 2017/2018. Assembleia da República. *Diário da República*, Série II, 1º Suplemento (n.º 228/2016, de 28-11-2016), 35360 (2) – 35360 (6). **ELI:** <https://dre.pt/application/conteudo/105263926>.
- Despacho n.º 3721/2019 (2019). Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos para o biénio 2019/2020. Assembleia da República. *Diário da República*, Série II (n.º 66/2019, de 03-04-2019), 10570 – 10575. **ELI:** <https://dre.pt/application/conteudo/121939043>.
- Dodd, A., Guerin, S., Delaney, S. & Dodd, P. (2020) Complicated grief knowledge, attitudes, skills, and training among mental health professionals: a qualitative exploration. *Death Studies Journal*, 1-12. **DOI:** 10.1080/07481187.2020.1741048.
- Enez, Ö. (2017). Effectiveness of psychotherapy-based interventions for complicated grief: a systematic review. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9 (4):441 – 463. **DOI:** <https://doi.org/10.18863/pgy.295017>.

- Estrela, F., Silva, A., Oliveira, A., Magalhães, J., Soares, C., ... & Oliveira, M. (2020). Coping with mourning for family loss due to covid-19: short and long-term strategies. *Rev. Persona y Bioética*, 25 (1):e2513. **DOI:** <https://doi.org/10.5294/pebi.2021.25.1.3>.
- Faísca, L., Afonso, R., Pereira, H. & Patto, M. (2019). Solidão e sintomatologia depressiva na velhice. *Análise Psicológica*, 37(2), 209-222. **Doi:** <https://dx.doi.org/10.14417/ap1549>.
- Fernandes, J. (2016). Apoio à família em cuidados paliativos. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. (Ed.) *Manual de cuidados paliativos* (p. 653-666). 3.^a Ed. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Ferraz, M. (2009). *Terapias Expressivas Integradas*. Volume I. Venda do Pinheiro: Tutitirév Editorial.
- Foucault, C. & Mongeau, S. (2018). *A arte de tratar em cuidados paliativos: perspectivas de enfermagem*. 2.^a Ed. Lisboa: Institute Piaget.
- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. In J. Strachey (Ed). *The Complete Psychological Works*. London: Hogarth Press.
- Grant, P., Diner, R., Levy, K., LaFevers, S., Tense, K., ... & Kerr, C. (2020). Family caregiver perspectives on end-of-life dreams and visions during bereavement: a mixed methods approach. *Journal of Palliative Medicine*, 23(1), 48–53. **DOI:** <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0093>.
- Goleman, D. (2020). *Inteligência emocional*. (26.^a Ed.). Lisboa: Editora Temas e Debates.
- Gomes, I. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa: a construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Saarbrücken: Novas Edições Académicas.
- Gomes, D., Estrela, M. & Ferreira, P. (2019). Saúde mental em Portugal. In Observatório Português dos Sistemas de Saúde. *Relatório de Primavera 2019 - saúde: um direito humano* (pp. 90-109). Disponível em <http://opss.pt/relatorios/relatorio-primavera-2019>. Consultado a 26 de maio de 2021.

- Horta, A. & Daspett, C. (2017). Morte e luto no contexto familiar: uma visão sistêmica. In Payá, R. (Org.) *Intercâmbio de psicoterapias: como cada abordagem psicoterapêutica compreende os transtornos psiquiátricos* (pp. 639-647). 2.^a Ed. Rio de Janeiro: Editora Roca.
- Iglewicz, A., Shear, M., Reynolds, C., Simon, N. Lebowitz, B. & Zisook, S. (2020). Complicated grief therapy for clinicians: an evidence-based protocol for mental health practice. *Depress Anxiety*, 37(1): 90-98. **DOI:** <https://doi.org/10.1002/da.22965>.
- İnan, F. & Üstün, B. (2016). Experiences of Turkish survivors of breast cancer: Neuman systems model perspective. *Japan Journal of Nursing Science*, 13: 466-477. **DOI:** <https://doi.org/10.1111/jjns.12129>.
- Johannsen, M., Damholdt, M., Zachariae, R., Lundorff, M. Farver-Vestergaard, I. & O'Connor, M. (2019). Psychological interventions for grief in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 253: 69–86. **DOI:** <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.065>.
- Johnson, S., Ma, R., Mann, F., Wang, J., Lloyd-Evans, B., ... & Al-Shihabi, A. (2020). The effectiveness of interventions for reducing subjective and objective social isolation among people with mental health problems: a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*: 55 (7), 839–876. **DOI:** <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01800-z>.
- Jones, C., Puntillo, K., Donesky, D. & McAdam, J. (2018). Family members' experiences with bereavement in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 27 (4): 312–321. **DOI:** <https://doi.org/10.4037/ajcc2018262>.
- Kovács, M. (2008). *Educação para a morte: Desafio na formação de profissionais de saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kovács, M. (2010). *Morte e desenvolvimento humano*. 5.^a Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kübler-Ross, E. (2017). *Sobre a morte e o morrer*. 10.^a Ed. São Paulo: WMF Martins Fontes Editora.

- Lai, C. Luciani, M., Galli, F., Morelli, E. Moriconi, F., Penco, I, ... & Lombardo, L. (2017). Persistent complex bereavement disorder in caregivers of terminally ill patients undergoing supportive-expressive treatment: a pilot study. *Journal of Mental Health*, 26 (2): 111-118. **DOI:** <https://doi.org/10.3109/09638237.2016.1167855>.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.
- Lei n.º 36/98 (1998). Lei de saúde mental. Assembleia da República. *Diário da República*, Série I-A (n.º 169/1998, de 24-07-1998), 3544-3550. **ELI:** <https://data.dre.pt/eli/lei/36/1998/p/cons/20180814/pt/html>.
- Lei n.º 52/2012 (2012). Lei de bases dos cuidados paliativos. Assembleia da República. *Diário da República*, Série I (n.º 52/2012, de 05-09-2012), 5119-5124. **ELI:** <https://data.dre.pt/eli/lei/52/2012/09/05/p/dre/pt/html>.
- Lowry, L., & Aylward, P. (2015). Betty Neuman's systems model. In Smith, M. & Parker, M. (Eds.). *Nursing theories & nursing practice*. 4th Ed., pp. 165-184. Philadelphia: F. A. D. Company Ed.
- Lundberg, T., Forinder, U., Olsson, M., Fürst, C., Årestedt, K. & Alvariza, A. (2018). Bereavement stressors and psychosocial well-being of young adults following the loss of a parent - a cross-sectional survey. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 35, 33–38. **DOI:** <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.05.004>.
- Manes, S. (2018). *83 jogos psicológicos para a dinâmica de grupos: um manual para psicólogos, professores, animadores sócio-culturais...* (Trad.). 11.ª Ed. Lisboa: Paulus Editora.
- Mason, T., Tofthagen, C. & Buck, H. (2020). Complicated grief: risk factors, protective factors, and interventions. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 16 (2): 151-174. **DOI:** <https://doi.org/10.1080/15524256.2020.1745726>.
- McCallum, K., Walthall, H., Aveyard, H. & Jackson, D. (2021). Grief and nursing: Life and death in the pandemic. *Journal of Advanced Nursing*, 77: 2115-2116. **DOI:** <https://doi.org/10.1111/jan.14815>.

- Muhammed, A., Dodd, A., Guerin, S., Delaney, S., & Dodd, P. (2021). Complicated grief knowledge and practice: a qualitative study of general practitioners in Ireland. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 1–6.
DOI: <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.122>.
- Nakajima S. (2018). Complicated grief: recent developments in diagnostic criteria and treatment. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 373 (1754), 20170273.
DOI: <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0273>.
- Neto, I. (2016). Cuidados paliativos: princípios e conceitos fundamentais. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. (Ed.) *Manual de cuidados paliativos* (p. 1-22). 3.^a Ed. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Neto, I. (2020). *Cuidados paliativos: conheça-os melhor*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman systems model*. 5th Ed. Boston: Pearson.
- Norma 003/2019 (2019). Modelo de intervenção diferenciada no luto prolongado em adultos. *Direção-Geral da Saúde*, (n.º 003/2019, de 23-04-2019), 1-29. Disponível em <https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/04/23/modelo-de-intervencao-diferenciada-no-luto-prolongado-em-adultos>.
- Pearce, C., Wong, G., & Barclay, S. (2021). Bereavement care during and after the COVID-19 pandemic. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 71(706), 198–199.
DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp21X715625>.
- Pearce, C., Wong, G., Kuhn, I., & Barclay, S. (2021). Supporting bereavement and complicated grief in primary care: a realist review. *BJGP Open*, 2021.0008.
DOI: <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2021.0008>.
- Perng, A. & Renz, S. (2018). Identifying and treating complicated grief in older adults. *The Journal for Nurse Practitioners*, Vol. 14 (4): 289-295.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2017.12.001>.

- Pimenta, S. & Capelas, M. (2020). Intervention in the grief process in Portugal by palliative care teams. *Cadernos de Saúde* 8, Vol. 12 (1): 23-35
DOI: <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.5281>.
- PORDATA (2021). Óbitos de residentes em Portugal por algumas causas de morte. *Base de Dados de Portugal*. Consultada a 04 de Maio de 2021. Disponível em <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Gr%C3%A1fico/5822162>.
- Rebello, J. (2019). *O luto: vivências, superação e apoio*. Porto: Edições Afrontamento.
- Regulamento n.º 515/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (n.º 151/2018, de 07-08-2018), 21427 – 21430.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (n.º 26/2019, de 06-02-2019), 4744 – 4750.
- Rocha, K., Barros, W., Oliveira, L. & Almeida-Júnior, J. (2021). Vivências de luto e saúde mental da enfermagem na pandemia da COVID-19: o que nos diz a literatura?. *Revista Saúde Coletiva*, 11(62), 5092-5096.
DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i62p5092-5096>.
- Rodrigues, C. (2017). A família: reconhecer e investir no apoio a quem rodeia o doente em cuidados paliativos. In Salazar, H. (coord.) *Intervenção psicológica em cuidados paliativos* (p. 29-46). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Rodriguez-Álvaro, M., García-Hernández, A., Brito-Brito, P., Aguirre-Jaime, A. & Hernández-Gutiérrez, D. (2018). Bereavement care interventions and outcome criteria planned by community nurses in the Canary Islands. *Enferm Clin*. 28:240-246.
DOI: 10.1016/j.enfcli.2017.11.005.
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se pessoa* (6.ª Ed.). São Paulo: Editora Martins Fontes.
- Rokach, A. (2017). The interface of loneliness, hospitalization and illness. *Nursing and Palliative Care*. **DOI:** 10.15761/NPC.1000171.

- Sampaio, F., Sequeira, C. & Lluch-Canut, T. (2020). Intervenção psicoterapêutica de enfermagem. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Coord.). *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções* (p. 171-173). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Sampaio, F., Gonçalves, P. & Sequeira, C. (2020). Luto. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Coord.). *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções* (p. 131-132). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Sequeira, C. (2020a). Comunicação terapêutica. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Coord.). *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções* (p.80-83). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Sequeira, C. (2020b). Técnicas e competências de comunicação. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Coord.). *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções* (p.75-79). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Sousa, A. (2017). *Educação pela arte e artes na educação: música e artes plásticas*, Vol. 3. Horizontes pedagógicos. Lisboa: Instituto Piaget.
- Shariff, A., Olson, J., Santos Salas, A., & Cranley, L. (2017). Nurses’ experiences of providing care to bereaved families who experience unexpected death in intensive care units: a narrative overview. *Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 28 (1), 21–29.
- Silva, L, Afonso, B., Santos, M., Baliza, M, Rossato, L. & Szylyt, R. (2018). Care for families after suicide loss: nursing academic experience. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71 (5): 2336-2343. **DOI:** <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0445>.
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Studies*, 23(3), pp. 197–224. **DOI:** <https://doi.org/10.1080/074811899201046>.
- Stroebe, M., & Schut, H. (2021). Bereavement in Times of COVID-19: A Review and Theoretical Framework. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 82(3), pp. 500–522. **DOI:** <https://doi.org/10.1177/0030222820966928>.

- Toftagen, C., Kip, K., Witt, A. & McMillan, S. (2017). Complicated grief: risk factors, interventions, and resources for oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21 (3): 331–337. **DOI:** <https://doi.org/10.1188/17.CJON.331-337>.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*. 6.^a Ed. Loures: Lusociência.
- Twycross R. (2003). *Cuidados paliativos*. 2.^a Ed. Lisboa: Climepsi.
- Vaartio-Rajalin, H., Santamäki-Fischer, R., Jokisalo, P. & Fagerström, L. (2020). Art making and expressive art therapy in adult health and nursing care: a scoping review. *International Journal of Nursing Sciences*, pp. 1-18. **DOI:** <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.09.011>.
- Walsh, F. (2005). Perda, recuperação e resiliência. In Walsh, F., *Fortalecendo a resiliência familiar* (pp. 132-190). São Paulo: Editora Roca Lda.
- Wang, J., Lloyd-Evans, B., Giacco, D., Forsyth, R., Nebo, C., ... & Johnson, S. (2017). Social isolation in mental health: a conceptual and methodological review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*: 52 (12), pp. 1451–1461. **DOI:** <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1446-1>.
- Worden, J. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. 5th Ed. New York: Springer Publishing Company.
- World Health Organization (2018a). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics*. 11th Revision. Genève. Consultado a 13 de setembro de 2020. Disponível em <https://www.who.int/classifications/icd/en/>.
- World Health Organization (2018b). *Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers*. Genève.
- Zanelatto, N. & Bueno, G. (2017). Luto e perdas: uma visão cognitiva. In Payá, R. (Org.) *Intercâmbio de psicoterapias: como cada abordagem psicoterapêutica compreende os transtornos psiquiátricos* (pp. 829-841). 2.^a Ed. Rio de Janeiro: Editora Roca.

APÊNDICES

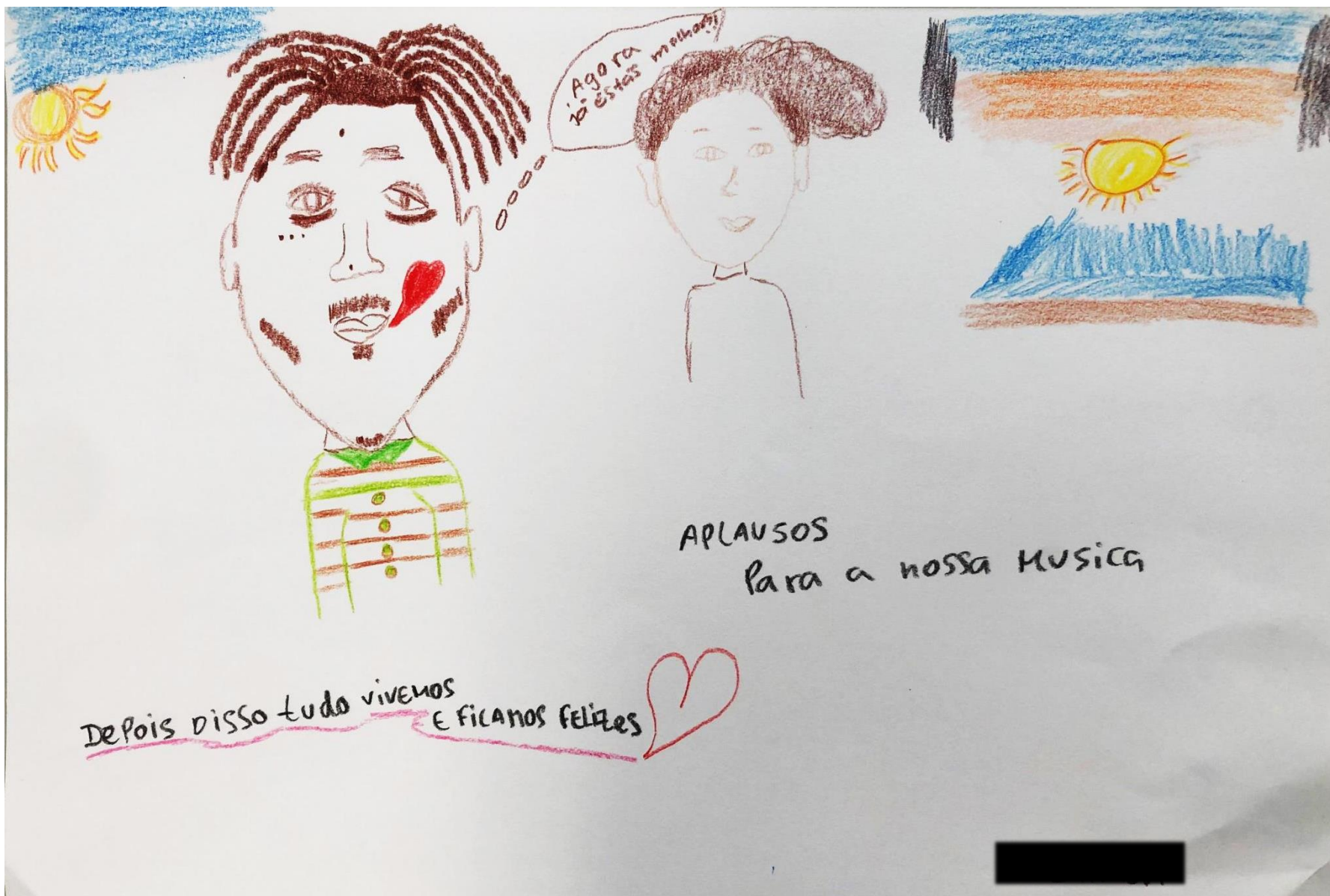
APÊNDICE I
Obras artísticas resultantes da 1.^a
sessão do programa de intervenção

FELIZ NATAL

20 20



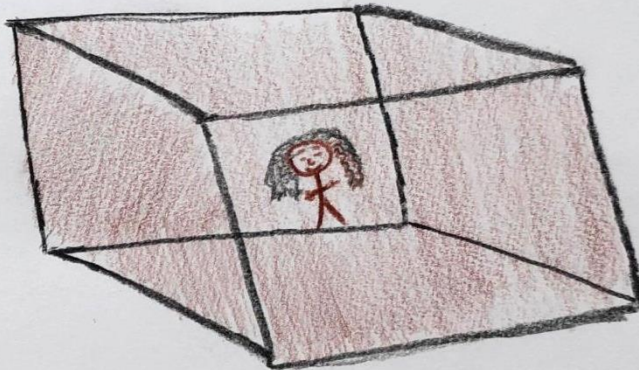
Sr. C. S.



"Liberte-se"

"Pense Positivo"

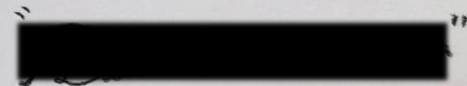
"Recolha as pedras"
do caminho para
construir um castelo!



"ORE e Agradeça"

"Tudo vai ficar Bem"

"DEUS é Pai"
E não abandona os
seus filhos!



11.11.2020



O coração
da minha
neta [redacted]
Tem um
grande amor
pelo avô [redacted]



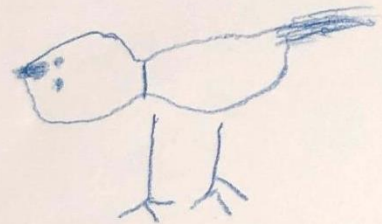
filha
[redacted]
Física e
química
é um filho
muito doce
p/ avô



Filho [redacted]
COMANDANTE
da TAP
É esportista
e um pouco
muito doce



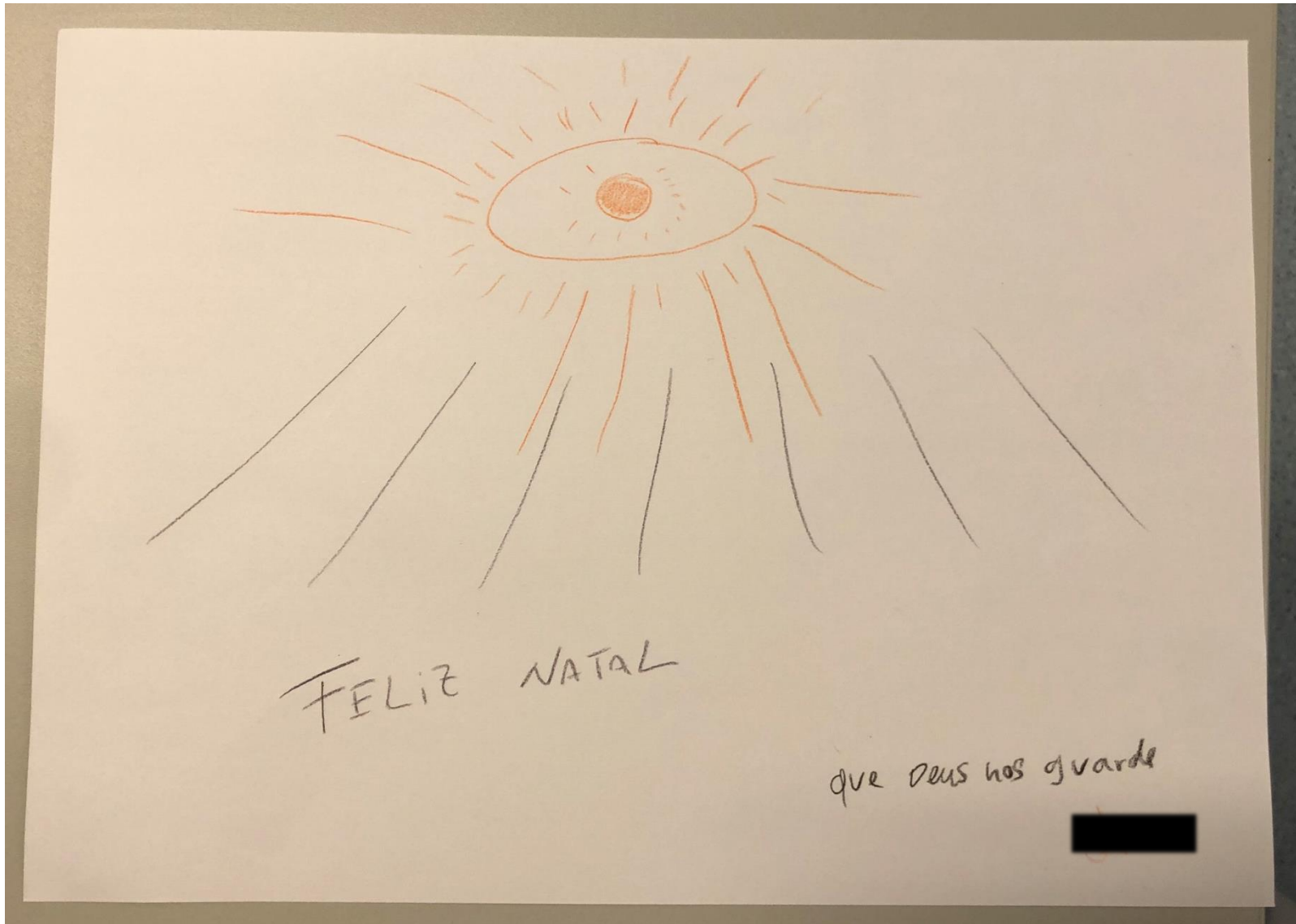
O coração
do meu Neto
faz 16 anos
e quer ser
Euge de Avô



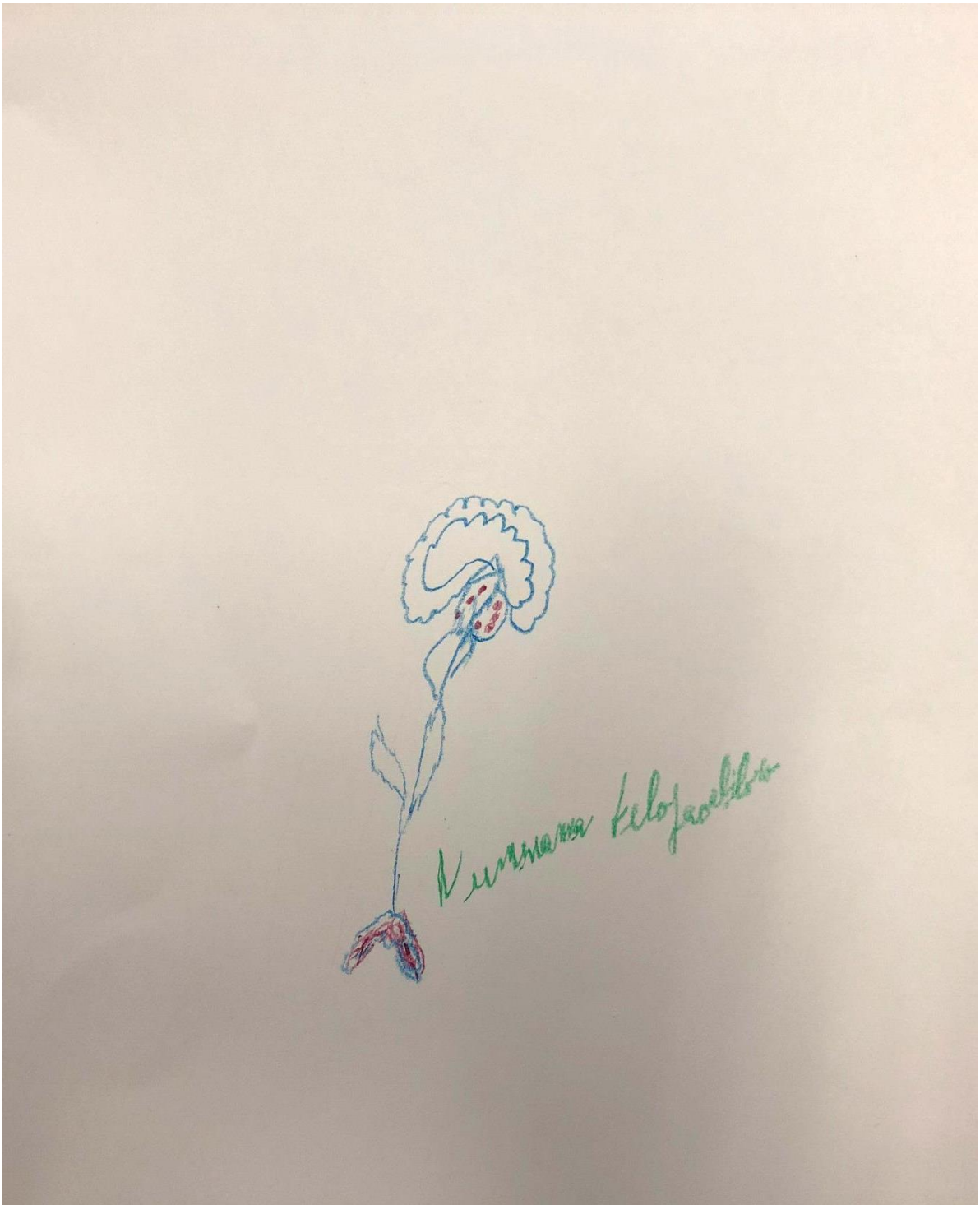
Eu sou o passarinho que gosta de soar.
Livre, sou Aquário, gosto de nadar e voar
Ainda hoje gosto de fazer viagens e simpatias
Livre livre e os passarinhos. - [redacted]
em amo a minha família, a minha mãe diz quanto mais amor
mais amor dáis aos outros

Recetas
[redacted]

Sr.ª H. S.



Sr. J. F.

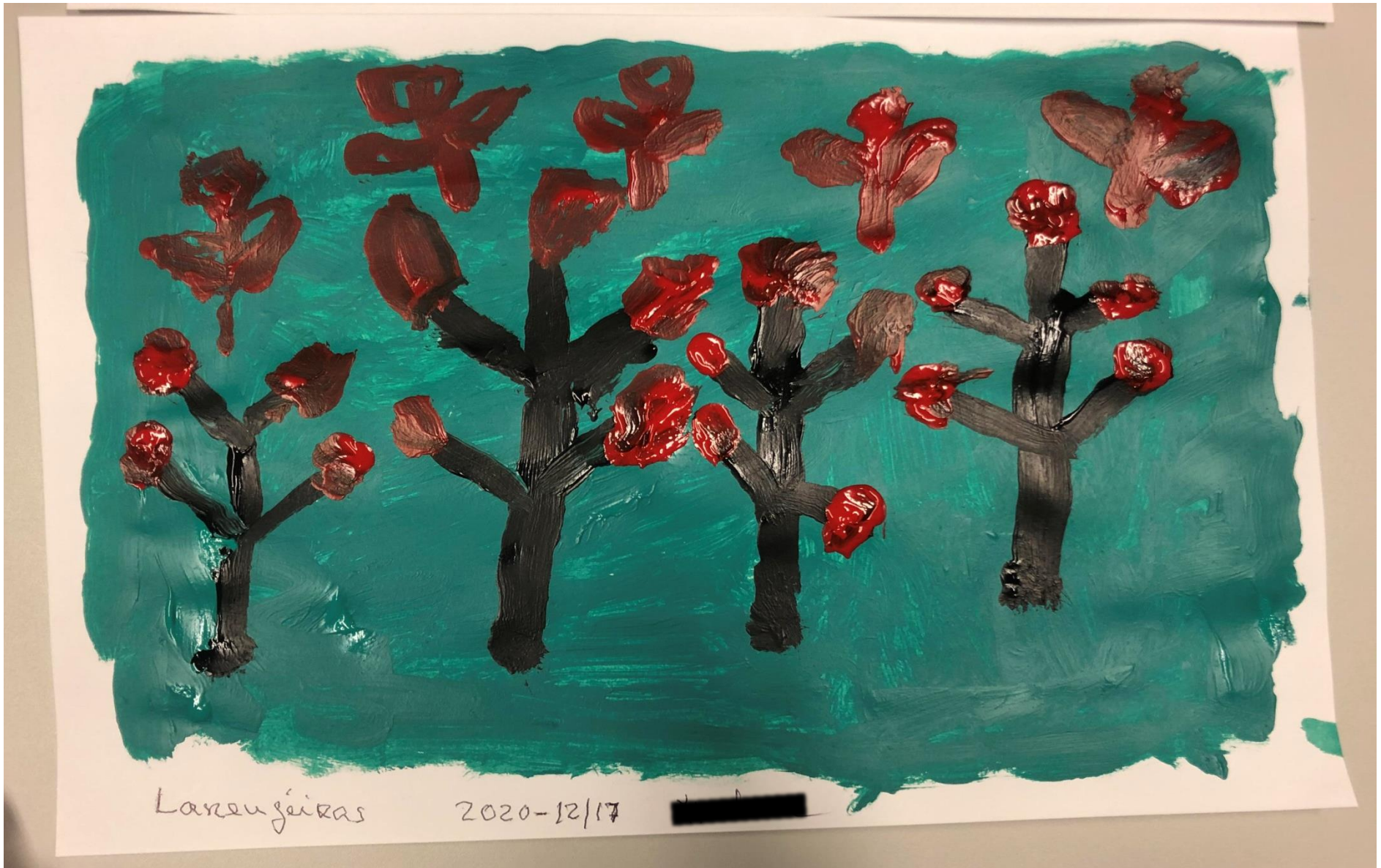


Sr. A. A.

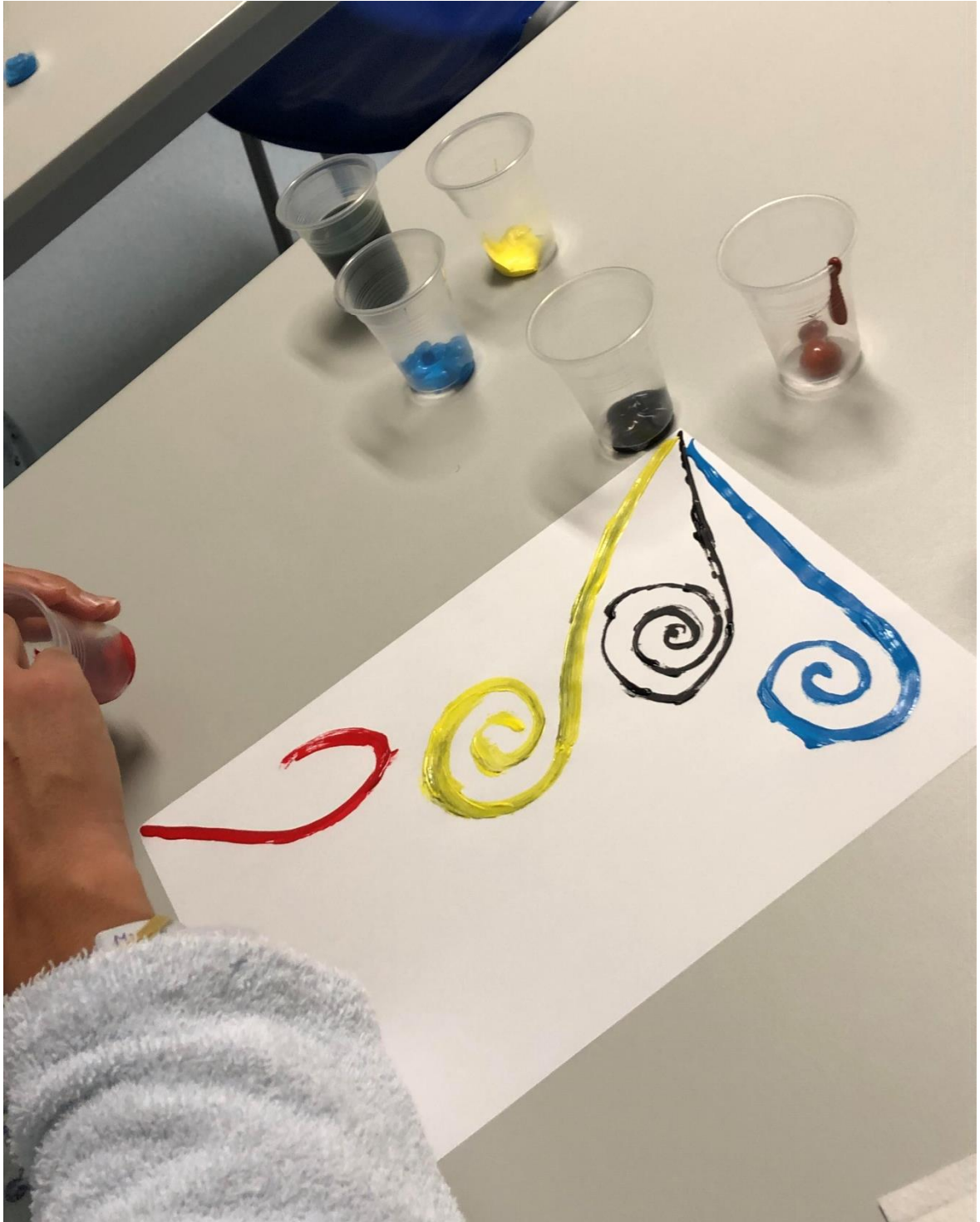
APÊNDICE II
Obras artísticas resultantes da 2.^a
sessão do programa de intervenção



Sr.ª H. S.



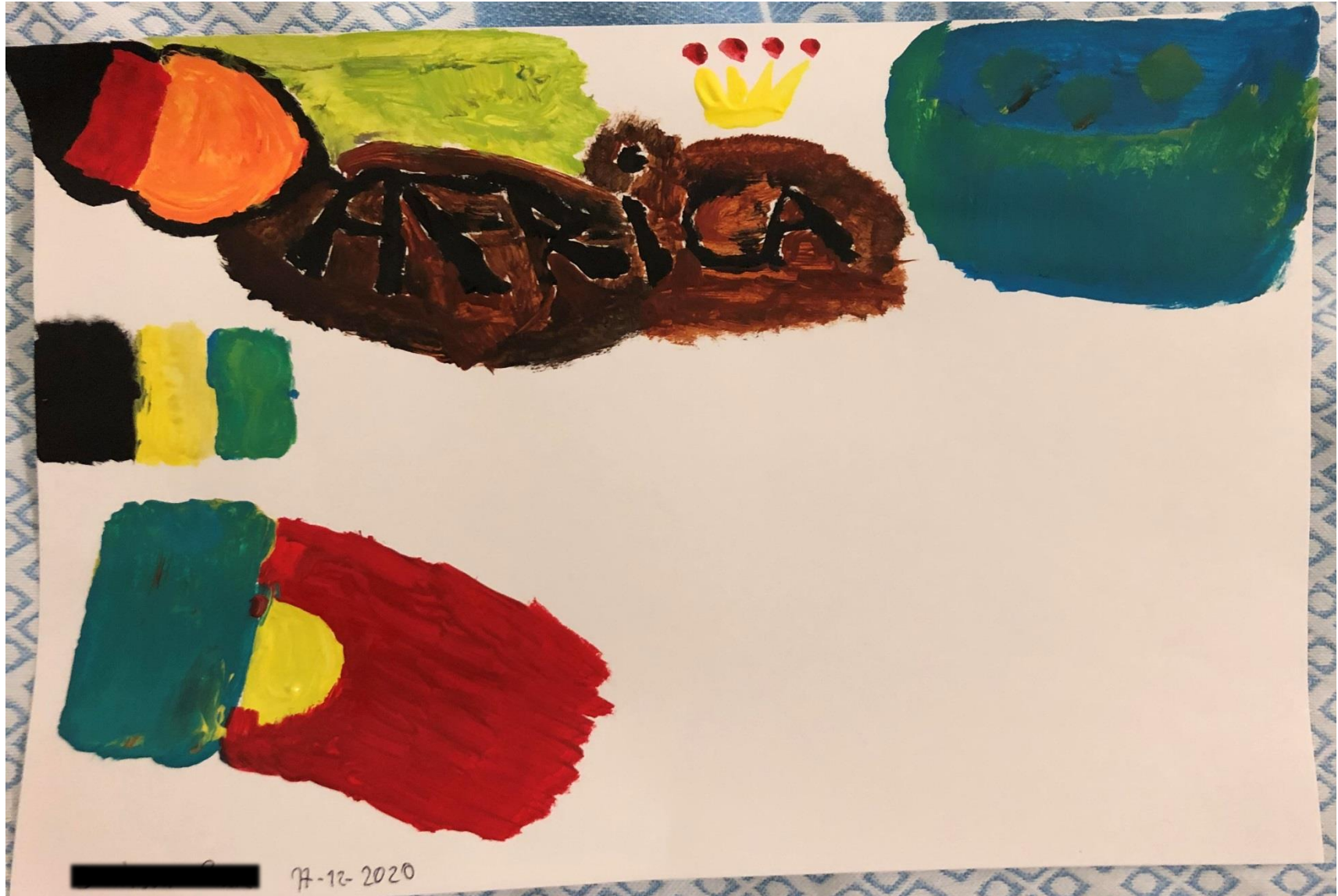
Sr.ª H. S.



Sr.^a M. G.



Sr.ª M. G.



Sr. D. B.

ESTRELA DA SORTE



AS ESTRELAS RECONHECIDAS NO
DIA A DIA 2020-12-17

Sr. J. F.



Sr. C. S.



EU SOU UM RAIOS DE SOL
EM QUE O LIMITE É O CEU!

FÉ
ESPERANÇA
CRER
POSITIVISMO
EDIFICAR PESSOAS
AJUDAR PESSOAS
~~ACÇÃO~~ ACÇÃO
(...)

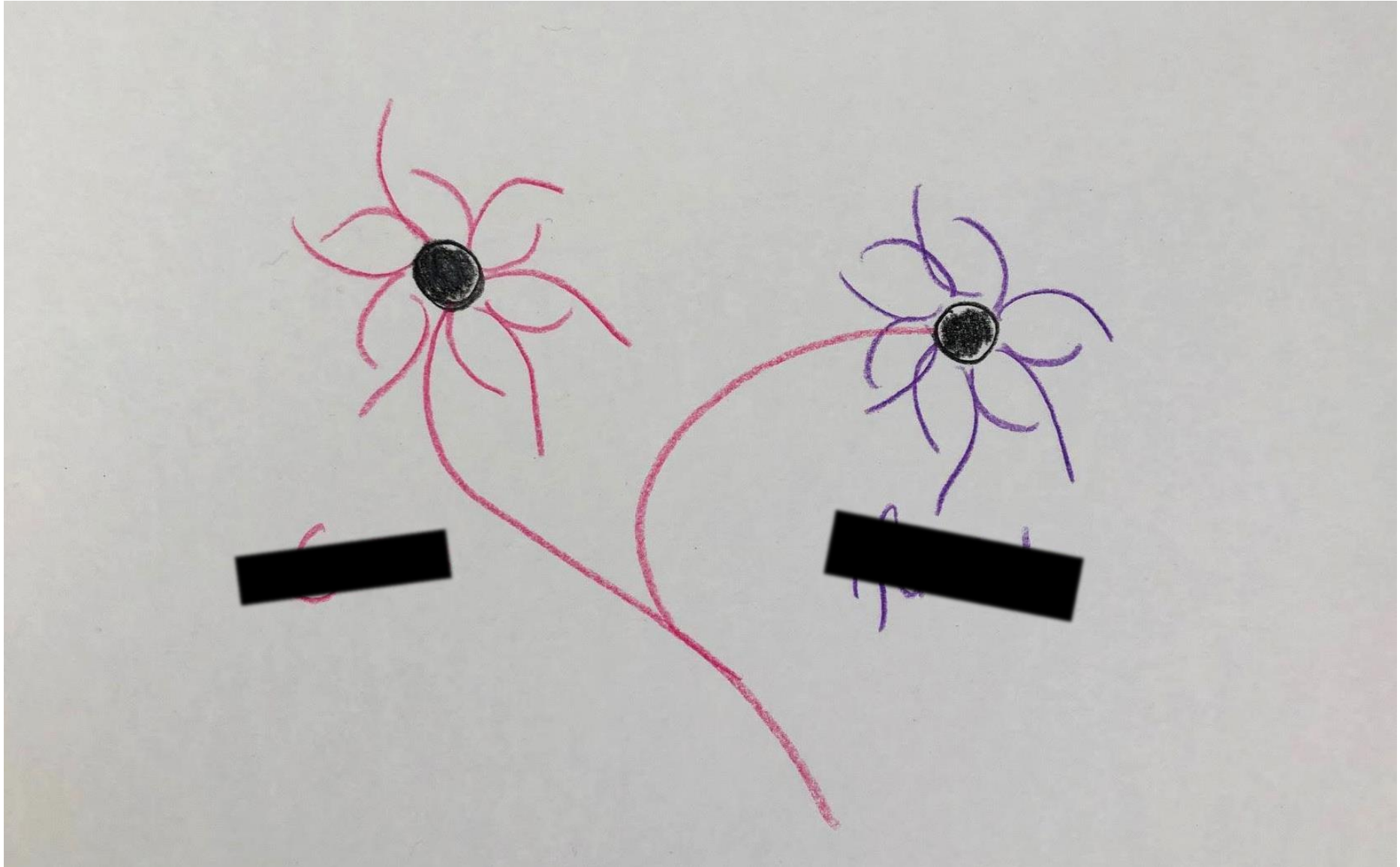
[Redacted] 17/12/2020

Sr.^a O. P.

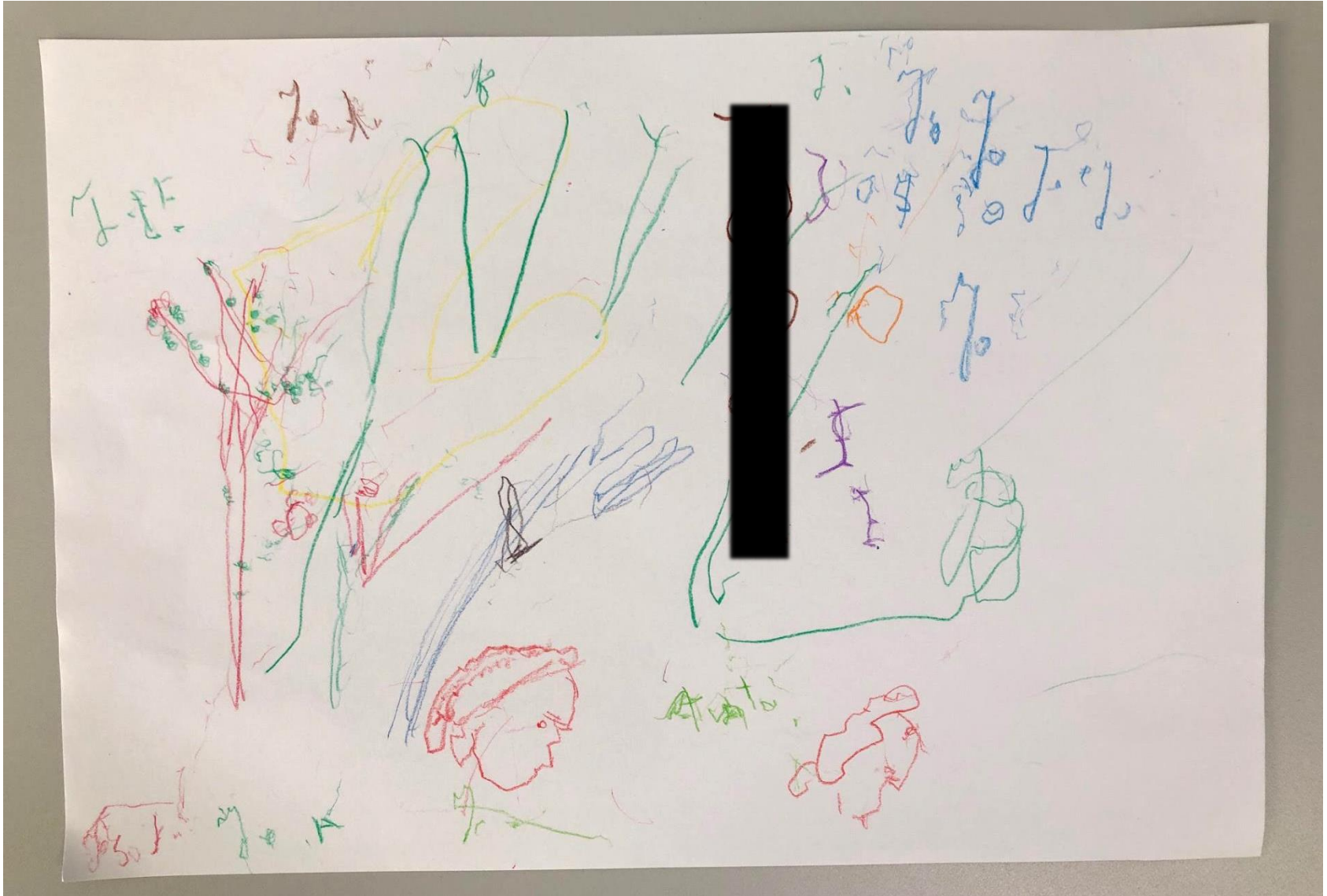
APÊNDICE III
Obras artísticas resultantes da 3.^a
sessão do programa de intervenção



Utentes em atividade



Sr.^a S. M.



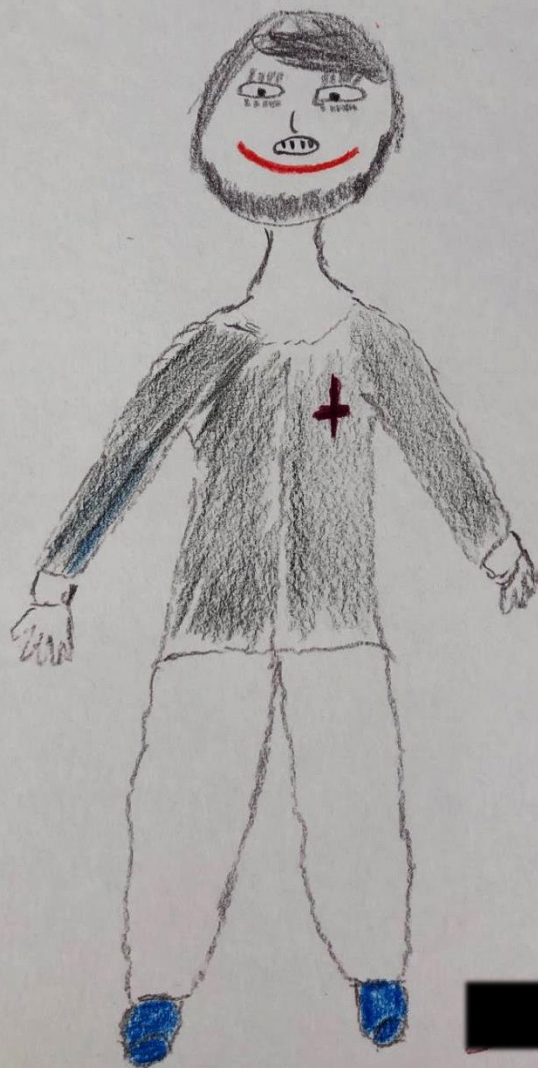
Sr.^a H. S.



Sr.^a S. G.

Emfomeino Pedro

O "Ronaldo" da emfomeinagem
mais **cool** ☺

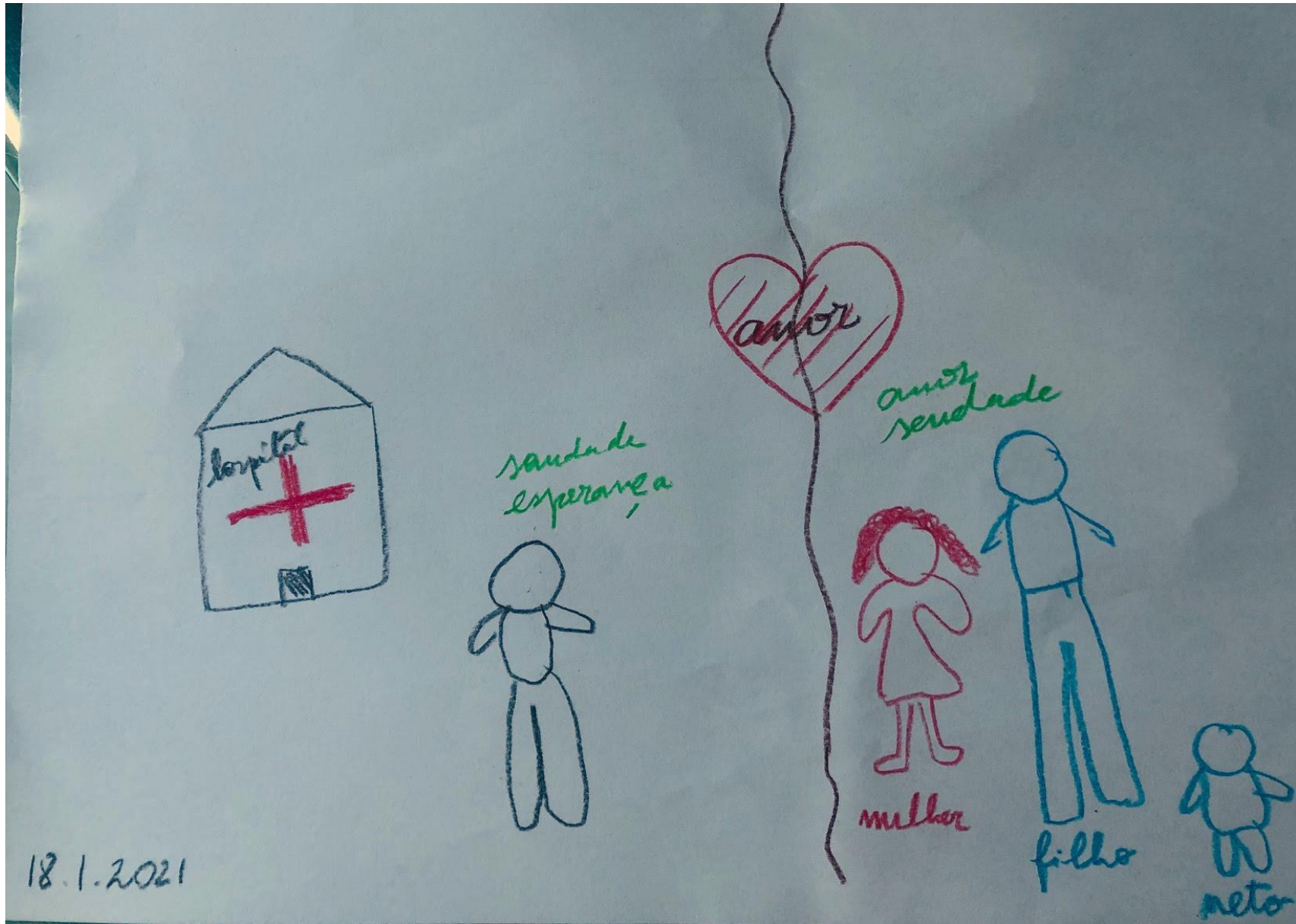


18.01.2021

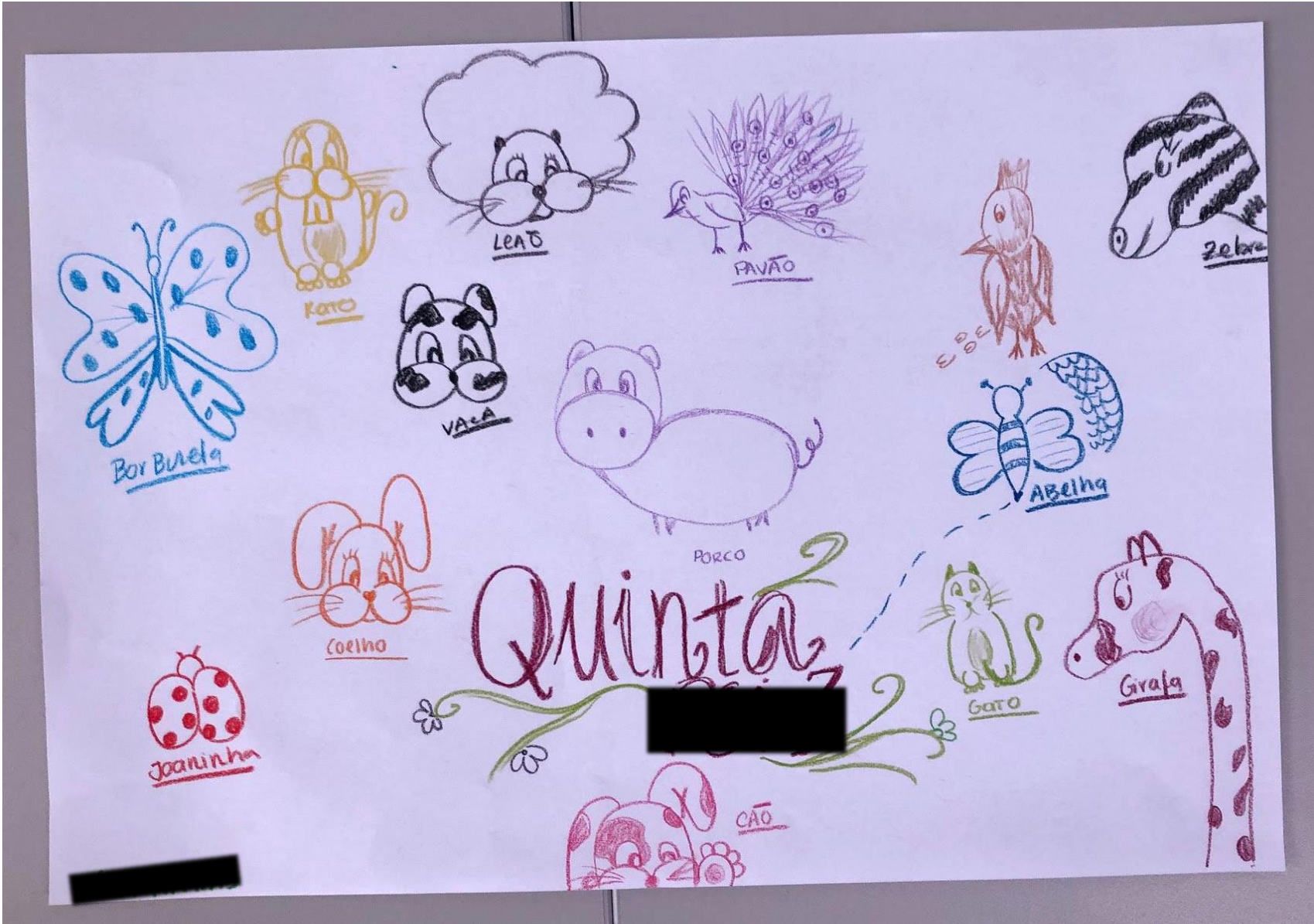
Sr.ª S. G.



Sr.^a C. P.



Sr. J. F.



Sr.^a C. M.

APÊNDICE IV
Obras artísticas resultantes da 4.^a
sessão do programa de intervenção

cuidar da mente



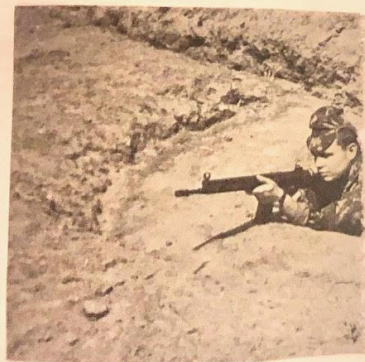
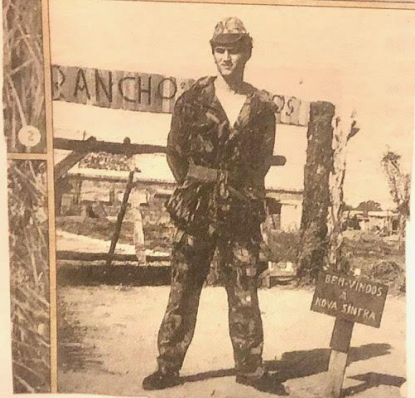
“SOMOS
MAIS FORTES
DO QUE
PENSAMOS”

FÁTIMA LOPES
ALERTA PARA A SAÚDE MENTAL

“PERCEBI QUE
PRECISAVA DE AJUDA”

Sr.^a C. P.

Passaram-se coisas que não vou esquecer.



PROTEGER



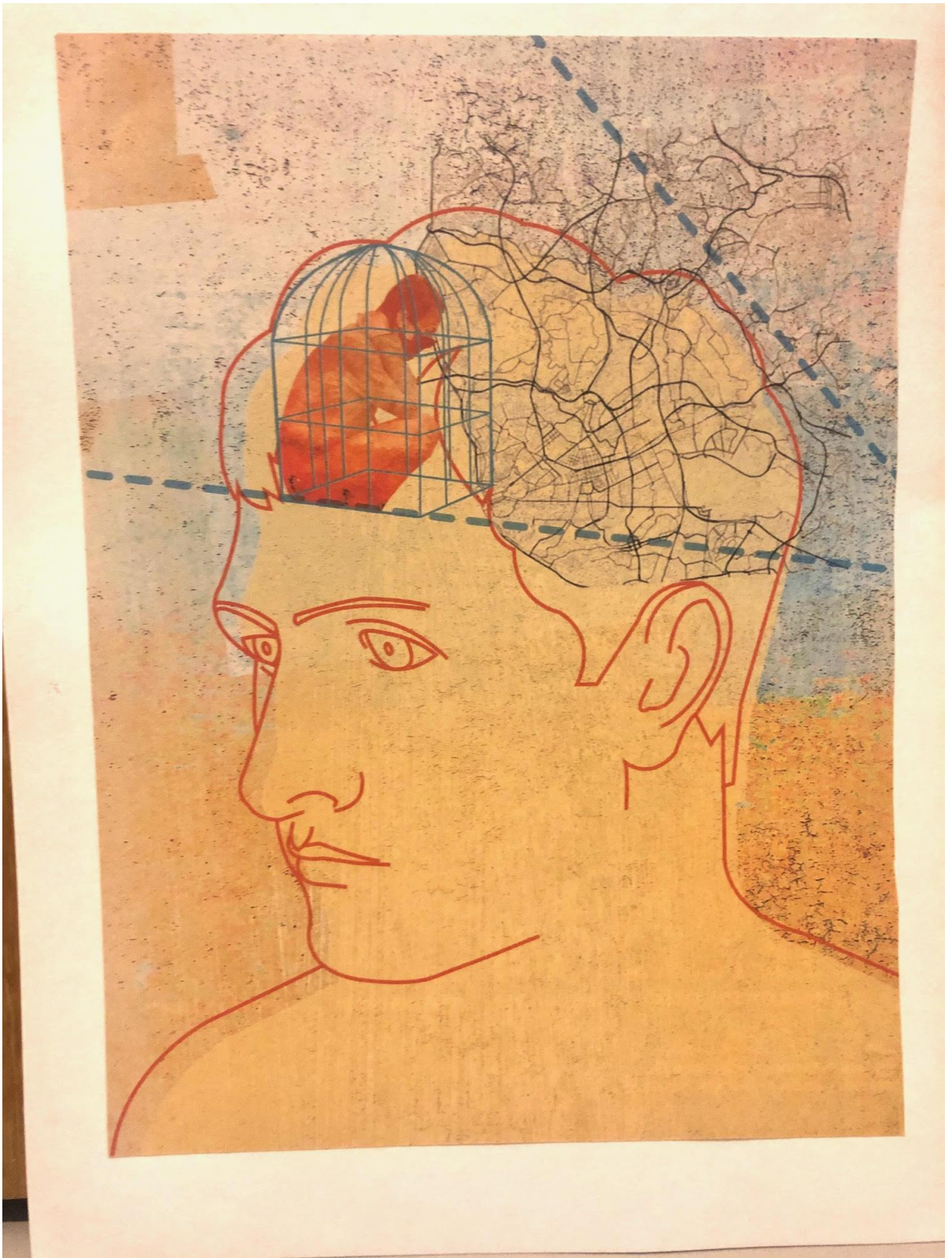
MORTE

social", acredita António Ba-
lix, economista e antigo mi-
nistro da Segu-
rança Social e das
Finanças. Sobre
uma possível
antecipa-
ção das legis-

de
ação
paz de se
que fechou o
nidade para si
felizmente,
s pagaram
liminuição
trágica, in-
ca aventura.
se tratou de
ltado de os
em que
xige
os,
a



PRISÃO



Sr. M. O.

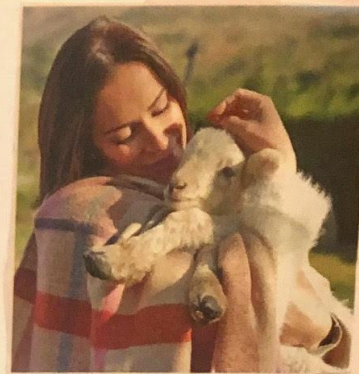


Sr. S. L.

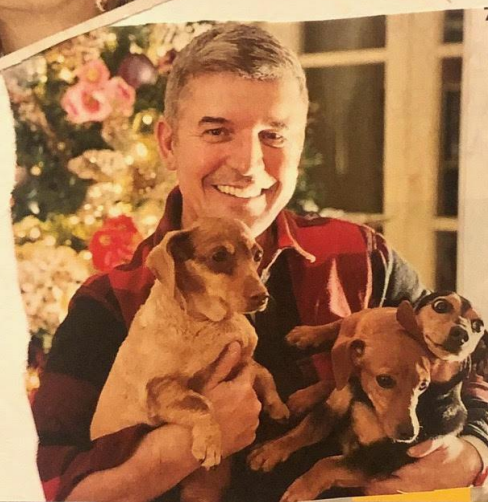


Sr.^a S. G.

AMOR



O abandono de animais é crime



Sr.ª S. M.

«Só não desistindo é que
chegamos aos nossos sonhos»



SEMPRE
DISPONIVEL

Produção realizada pelo enfermeiro dinamizador

APÊNDICE V
Caracterização sociodemográfica
em contexto comunitário

Idade do cuidador (anos)	Género	Grau de parentesco com o falecido	Idade do falecido (anos)	Motivo de óbito (diagnóstico)	Local do óbito
36	♀	Cônjuge	39	Neoplasia do estômago	Hospital
43	♀	Cônjuge	41	Neoplasia do pulmão	Domicílio
54	♀	Cônjuge	64	Neoplasia do pulmão	Domicílio
54	♀	Cônjuge	55	Neoplasia do pulmão	Hospital
57	♀	Filha	80	Esclerose lateral amiotrófica	Domicílio
59	♀	Filha	81	Neoplasia da mama	Domicílio
59	♀	Filha	79	Neoplasia do útero	Domicílio
61	♀	Cônjuge	54	Neoplasia do cérebro	Hospital
62	♀	Cônjuge	68	Neoplasia do pulmão	Hospital
65	♀	Cônjuge	64	Neoplasia do pâncreas	Domicílio
70	♂	Filho	86	Neoplasia do pulmão	Hospital
70	♀	Filha	93	Neoplasia do cólon	Domicílio
73	♂	Cônjuge	61	Neoplasia do cólon	Domicílio
74	♂	Cônjuge	75	Neoplasia da mama	Domicílio
74	♀	Cônjuge	71	Neoplasia do pâncreas	Hospital
75	♀	Cônjuge	69	Neoplasia do útero	Domicílio
75	♀	Cônjuge	70	Neoplasia do cólon	Domicílio
75	♀	Cônjuge	79	Neoplasia do pulmão	Hospital
75	♀	Cônjuge	59	Neoplasia do cólon	Domicílio
78	♀	Cônjuge	79	Esclerose lateral amiotrófica	Domicílio
85	♀	Cônjuge	74	Neoplasia do estômago	Domicílio

APÊNDICE VI
Formulário de apreciação
do familiar enlutado

Cabeçalho propositadamente ocultado para manter o anonimato da instituição de saúde

REGISTO DA VISITA/CONTACTO TELEFÓNICO DE APOIO NO LUTO ECSCP

Nome do Utente: _____ SNS: _____

Morada: _____

Nome do Cuidador: _____ Telemóvel: _____

Parentesco: _____ SNS: _____

Data do Óbito: ___/___/___ Contato prévio: _____

Data Orientação telefónica: ___/___/___

Local do falecimento: Domicílio ___; Hospital ___; Unidade RNCCI ___; UCP ___; Outro _____.

Bom dia/Boa tarde. O meu nome é (...). Sou profissional da Equipa _____. Estamos a contactá-lo para saber como é que tem sido para si este período depois da perda do seu familiar.

É importante para nós compreender como está a viver esta fase, conhecer as dificuldades que possa estar a sentir e disponibilizar apoio, se necessário.

1. Como tem sido esta fase desde a perda do seu familiar?

Extremamente difícil	Bastante difícil	Ligeiramente difícil	Pouco difícil	Nada difícil

2. Avaliação da pessoa enlutada

Discurso (coerência/ foco do discurso, descrição da vida quotidiana, verbalização de emoções, verbalização de alucinações)

Indicadores de bem-estar (padrão de sono, apetite, sentido de vida, tendência à reorganização)

Observação física (roupa, cuidado pessoal, expressão corporal, letargia, cansaço fácil, dor)

3. Expressão de sentimentos do enlutado:

Tranquilidade ___ Saudade ___ Surpresa ___ Remorsos ___ Revolta ___ Angústia ___ Dor ___

Tristeza ___ Solidão ___ Outros: _____

4. Tem recebido apoio de familiares ou amigos? Sim ___ Não ___

4.1. Se sim, de que forma?

	Suficiente	Insuficiente
Suporte Instrumental		
Suporte Emocional		

5. Quando precisa desabafar com alguém, a quem tem recorrido?

Família Amigo Profissional Saúde Outra pessoa _____ Ninguém

6. Como é que os outros elementos da sua família estão a lidar com esta perda?

7. Há alguém da família que o /a preocupe em particular?

Nome: _____

Parentesco: _____

Contato: _____

8. Qual o impacto desta pandemia para si?

Antes da perda:

Depois da perda:

9. Integração no Projeto “**1**”

SIM Não

- Avaliação após o contacto -

10. Factores de Risco

O modo da perda/morte (morte súbita ou inesperada, perdas múltiplas, perdas violentas, perdas em que a pessoa se sente responsável, perdas em que os outros são vistos como responsáveis, mortes privadas de direito);

Vulnerabilidade pessoal (pessoas com baixa de auto-estima ou confiança nos outros, pessoa com histórias anteriores de vulnerabilidade psicológica);

Relação com a pessoa falecida (dependência na pessoa perdida ou vice versa, ambivalência para com a pessoa perdida);

Falta de suporte social (família ausente ou vista como incapaz de apoiar, isolamento social);

Recordações dolorosas do processo de cuidados de saúde.

11. Intervenções efectuadas

Escuta ativa Valorização de Cuidados Valorização de Sentimentos Apoio emocional Incentivo ao Auto-

Cuidado Esclarecimento de dúvidas Disponibilidade parte da Equipa Abordagem processo Luto

Encaminhamento psicológico: Outros: _____

12. Observações:

APÊNDICE VII
Pedido de autorização para
utilização do instrumento PG-13

Pedido de autorização Escala PG-13 Validada para População Portuguesa

PEDRO MIGUEL CONSTANTINO PARRINHA <pparrinha@campus.esel.pt>
Para: mayrarmani@gmail.com

7 de março de 2021 às 02:41

Exma Professora Doutora Mayra Delalibera,

Sou estudante do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica ministrado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e encontro-me atualmente a trabalhar a temática do luto prolongado no âmbito do meu projeto de estágio intitulado "**elaboração do sentido de perda: intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica**".

Como tal, e se não houvesse inconveniente, gostaria de solicitar a sua autorização para poder utilizar a escala PG-13 validada para a população portuguesa (2010), traduzida por si na sua dissertação de mestrado em cuidados paliativos, uma vez que me despertou bastante interesse pela sua aplicabilidade no contexto onde estou a desenvolver o meu trabalho.

Agradeço a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

Pedro Miguel Parrinha

11º Curso de Mestrado na Área de Especialização
em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica



Pedido de autorização Escala PG-13 Validada para População Portuguesa

Mayra Armani Delalibera <mayrarmani@gmail.com>
Para: PEDRO MIGUEL CONSTANTINO PARRINHA <pparrinha@campus.esel.pt>

8 de março de 2021 às 14:17

Boa tarde enfermeiro Pedro,

Desde já agradeço o contacto e o interesse em utilizar o PG-13 no trabalho que está a desenvolver.

Tem a minha autorização para a utilização do instrumento o qual envio em anexo, juntamente com o artigo publicado da validação para a população portuguesa e os critérios para a cotação do PG-13.

Qualquer dúvida estou à disposição.

Bom trabalho.

Mayra Delalibera

Psicóloga, Mestre em Cuidados Paliativos, Doutora em Psicologia da Saúde

Professora Auxiliar na Universidade Lusíada de Lisboa



Sem vírus. www.avast.com

[Citação ocultada]

3 anexos

Critérios PG-13.pdf
66K

PG- 13.pdf
19K

VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO PG13 Acta Médica Portuguesa (2).pdf
351K

APÊNDICE VIII
Folheto informativo

Aspetos importantes no luto:

É expectável que pense muitas vezes no seu familiar e em todo o processo de perda;

A resposta à perda e ao luto é única e pessoal;

Em datas especiais as suas reações podem ser mais intensas;

É natural sentir necessidade de estar sozinho;

Pode falar do ente querido livremente; Se sentir necessidade, peça ajuda;

Não deve ter receio ou vergonha de chorar ou expressar outras emoções associadas à sua perda;

As crianças também sofrem com a morte;

Explicar honestamente e de forma sensível a uma criança o que se passa ou o que ocorreu com o seu familiar;

Se a criança o desejar, pode assistir aos rituais fúnebres.

"Aqueles que passam por nós

não vão sós,

não nos deixam sós.

Deixam um pouco de si,

levam um pouco de nós."

Antoine de Saint-Exupéry (O príncipezinho)

Continue a cuidar de Si!

Não está sozinho.

Propositadamente ocultado para manter o anonimato da instituição de saúde

Contacto: [REDACTED]

Email: [REDACTED]

Colaboração ESEL:

Pedro Parrinha (mestrando ESMP);

Francisca Manso (docente)

Propositadamente ocultado para manter o anonimato da instituição de saúde

Março 2021

Propositadamente ocultado para manter o anonimato da instituição de saúde



Fonte: www.escrevemedeavagar.pt

Estamos ao seu lado!

O Luto

Perder um ente querido é, sem dúvida, um dos acontecimentos que mais sofrimento pode trazer ao ser humano.

O luto é um processo necessário que ocorre sempre que existe uma perda significativa.

Barbosa (2016)

Fases do luto

O processo de luto passa por diferentes fases fundamentais:

- Choque/negação;
- Desorganização/desespero;
- Reorganização/recuperação.

Barbosa (2016)

A duração de um luto é variável e depende de cada pessoa e de cada situação.

(Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2018)

Manifestações

Durante o processo de luto é normal existirem diferentes manifestações:

- **Sentimentos:** tristeza, apatia, angústia, culpa, saudade, alívio, irritabilidade, vazio, frustração, desespero, solidão...
- **Sensações físicas:** falta de energia, alterações do sono e apetite, dores musculares e de cabeça, sensação de pressão no peito...
- **Comportamentos:** isolamento social, choro, dificuldade de concentração e memória...
- **Pensamentos:** descrença, confusão, preocupação excessiva, sensação de presença do falecido, medo do futuro...

Worden (2018)



Fonte: www.revistapazes.com

O que é

Propositadamente ocultado para manter o anonimato da instituição de saúde

O projeto [redacted] tem sido desenvolvido por profissionais da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) de [redacted], tendo como principal objetivo acompanhar a pessoa enlutada, facilitando a vivência do seu processo de luto de uma forma adaptativa.

Este projeto contempla visitas domiciliárias, contactos telefónicos com suporte emocional e, em caso de necessidade, encaminhamento para um apoio especializado.

Já pensou que o luto pode gerar feridas invisíveis?

Não tenha receio em pedir ajuda ...

APÊNDICE IX
Apresentação PowerPoint®
de formação em serviço

Elaboração do sentido de perda: intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica



Discente:

Pedro Miguel Constantino Parrinha

(11º Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica)

Sob a orientação de:

Enfermeira [REDACTED]

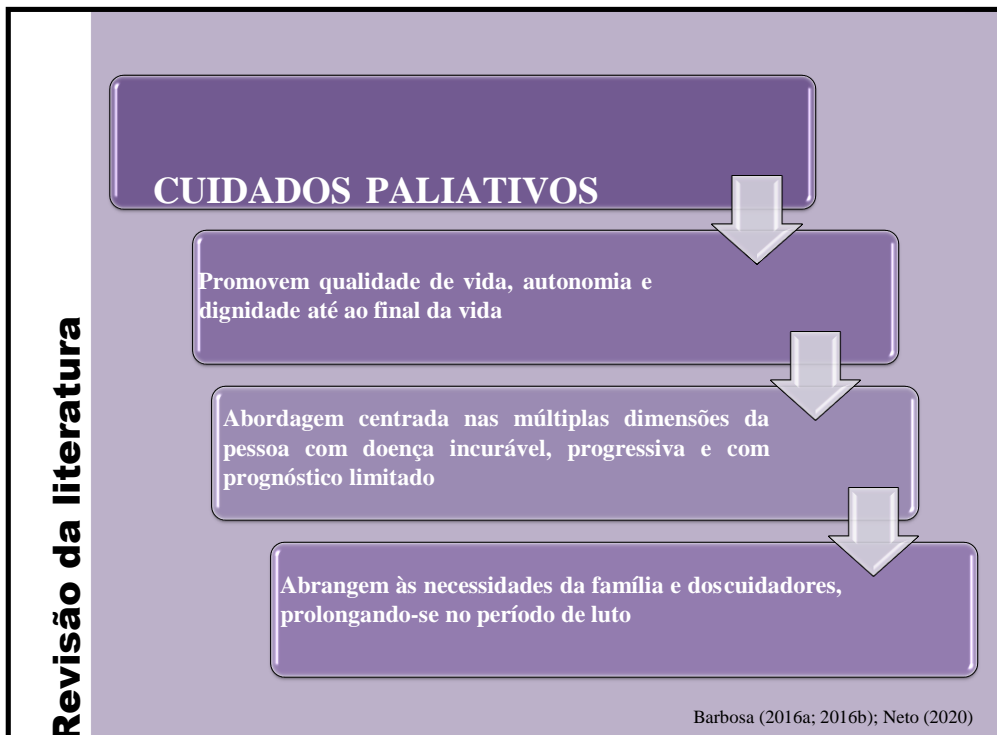
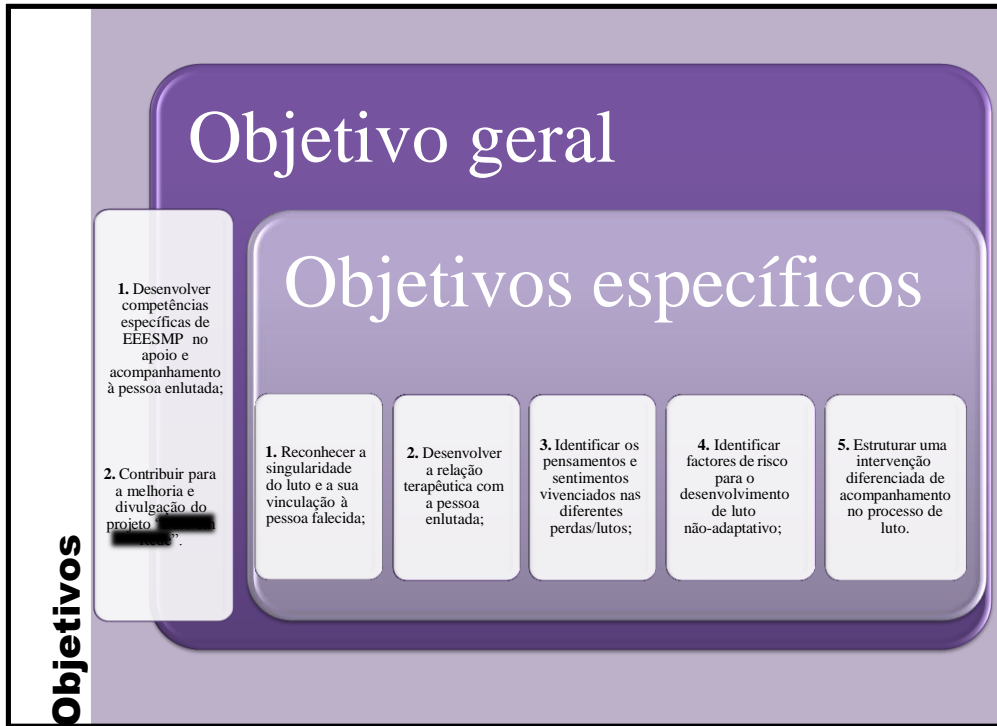
Professora Doutora Francisca Roberto Manso (Professora Coordenadora - ESEL)

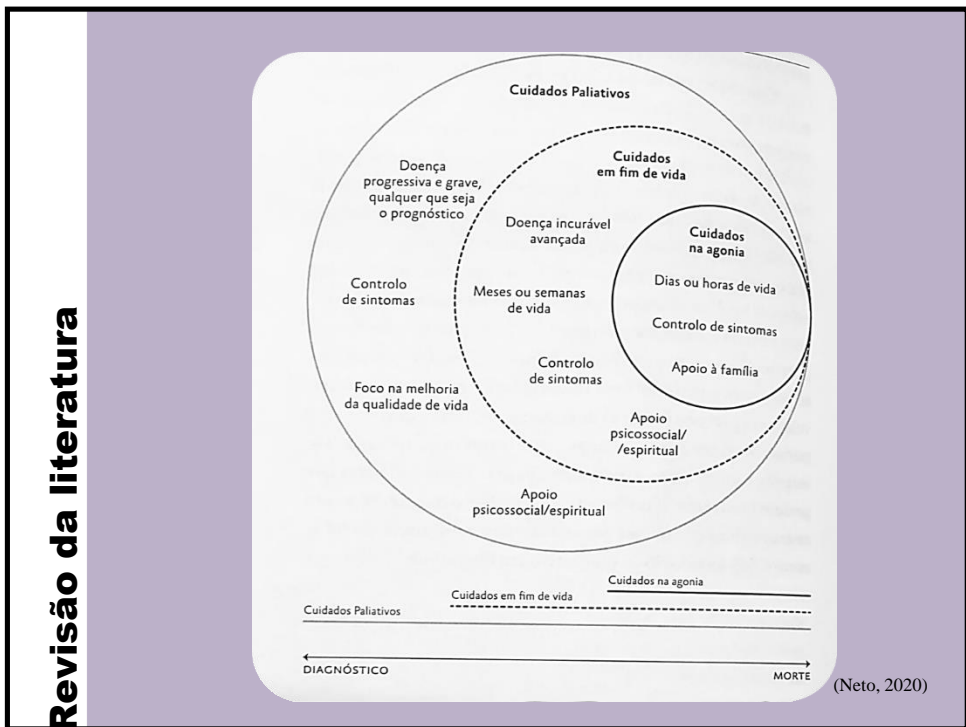
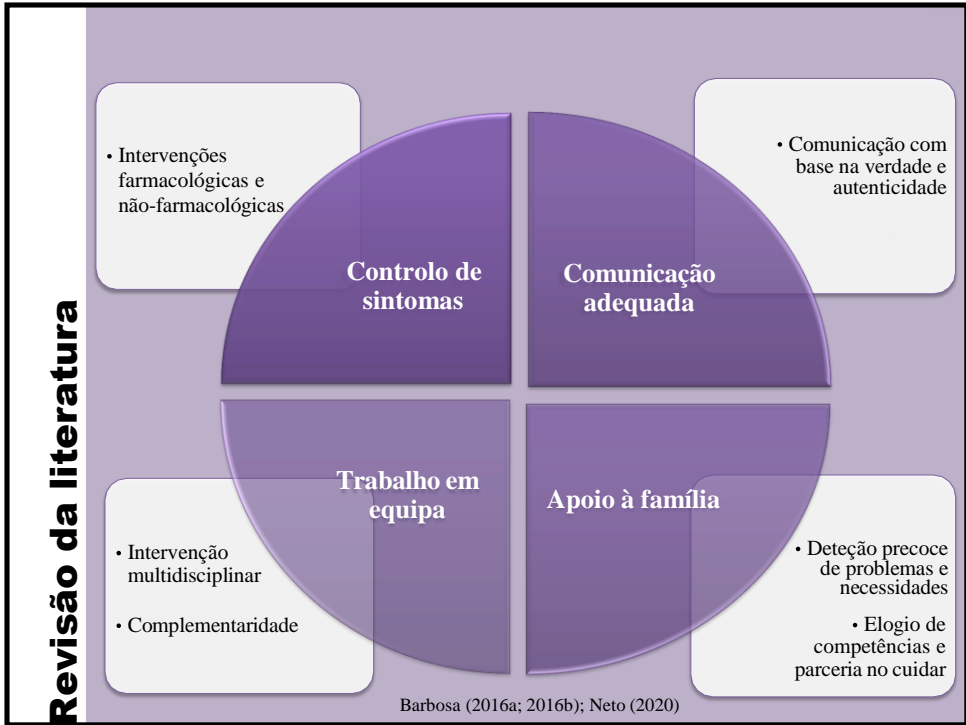


Propositadamente ocultado para manter o anonimato da instituição de saúde
Abril de 2021

Sumário

1. Objetivos geral e específicos;
2. Revisão da literatura;
3. Papel do EEESMP;
4. Dados Quantitativos;
5. Dados Qualitativos;
6. Referências

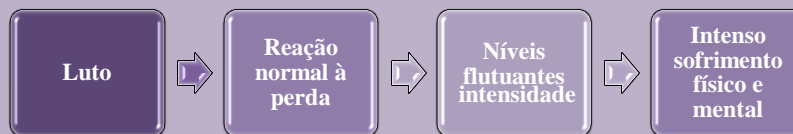






(Barbosa, 2016b; Perng & Renz, 2018; Bruno et al., 2019; Norma 003/2019, 2019; Rebelo, 2019)

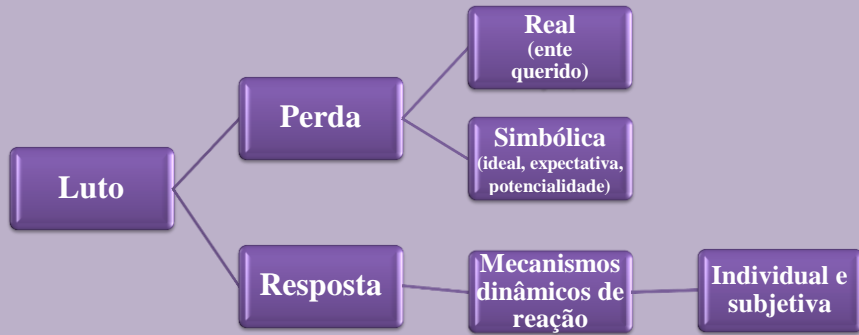
- Impacto negativo da morte nos familiares resulta em elevados níveis de *distress*, diminuição da qualidade de vida e **perturbações da saúde mental**;
(Areia, Major, Fonseca, Oliveira & Relvas, 2020)
- Os enfermeiros que trabalham com doenças prolongadas e incuráveis devem desenvolver **intervenções precoces** com as famílias enlutadas.
(Areia, Major, Fonseca, Oliveira & Relvas, 2020; Areia, Major, Góngora, Oliveira & Relvas, 2020).



- **1/3 dos indivíduos enlutados** desenvolve uma experiência emocional crónica, intensa ou inibida, com presença de **morbilidade física e psiquiátrica** caracterizada por sintomas negativos, sentimentos de inutilidade, sensação de desapego, descrença, ansiedade, depressão e comportamentos nocivos para a saúde, comprometimento das funções sociais e ocupacionais, assim como risco acrescido de pensamentos suicidas.

(Barbosa, 2016a; 2016b; Perng & Renz, 2018; Bruno et al., 2019; Norma 003/2019, 2019; Rebelo, 2019)

Componentes principais do luto:



(Barbosa, 2016a; 2016b)

Possíveis manifestações durante o processo de luto:

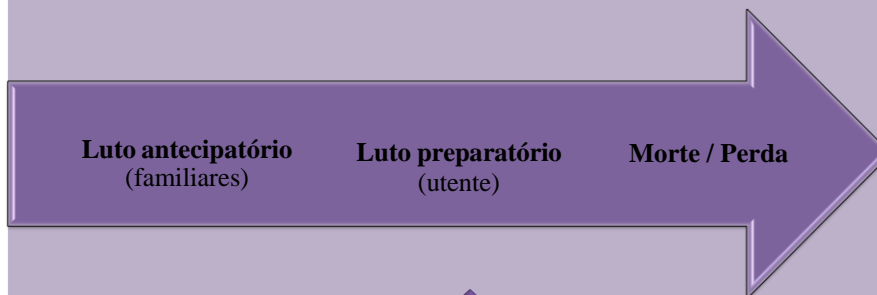
Afetivas	Cognitivas	Comportamentais	Existenciais	Somáticas
Dor emocional	Dificuldade de concentração	Acumulação de objetos	Perda de interesses	Cefaleias / dores musculares / tonturas / desmaios
Tristeza / choro	Ruminação	Inquietação / hiperatividade	Ausência do desejo de continuar a viver	Tremores, sensação de aperto no peito
Humor oscilante	Confusão / desorientação / desrealização	Negligência no autocuidado / tarefas	Hostilidade religiosa / questionamento da fé	Diminuição ou aumento do apetite / náuseas / vômitos
Medo / ansiedade	Desorganização de pensamento	Redução significativa no rendimento laboral / pessoal		
Solidão / Sensação de vazio	Alucinações			
Irritabilidade / frustração / culpa	Diálogo no vazio com o falecido			

(Barbosa, 2016a; 2016b)

Fases do processo de luto



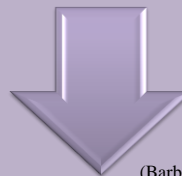
(Barbosa, 2016b)



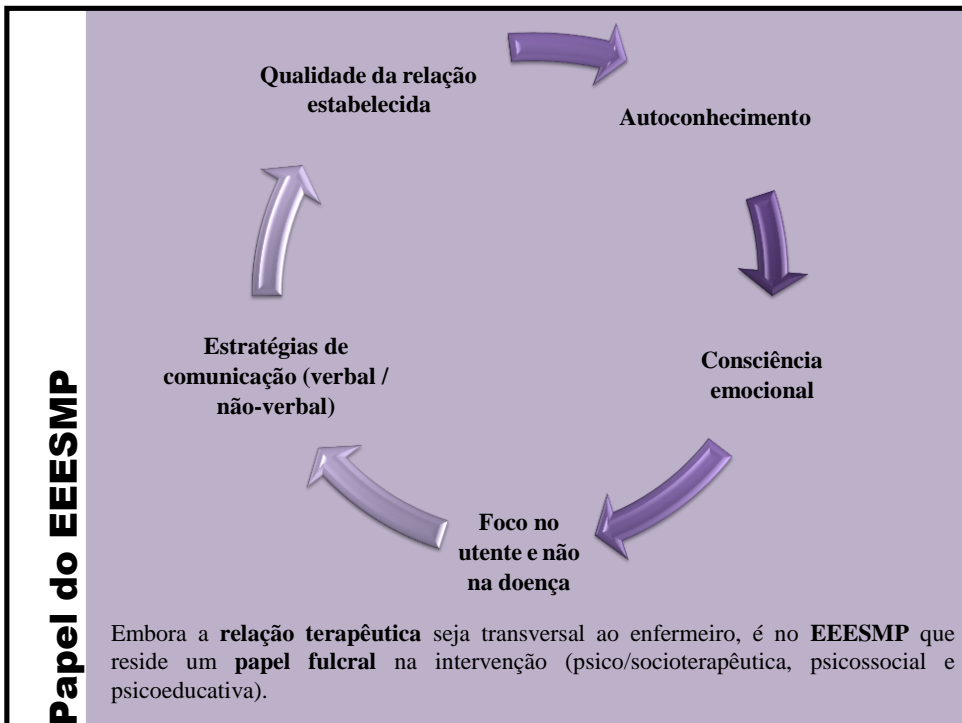
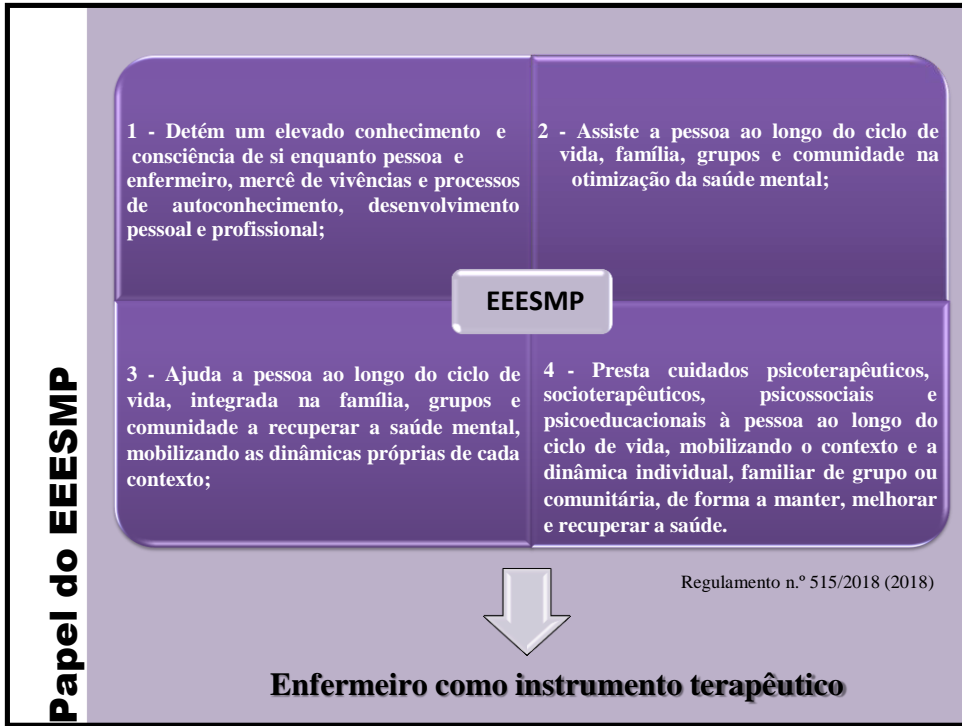
Luto normal ou adaptativo



Luto complicado ou não adaptativo



(Barbosa, 2016a; 2016b)



Finalidade

- **Acompanhar** o processo de luto do cuidador principal dos utentes acompanhados pela ECSCP de [REDACTED]
- Facilitar o percurso adaptativo à perda, **identificando** e **acompanhando** situações de risco de perturbação associadas ao processo de luto;
- Efetuar o apoio pelo período de **um ano**, através de:
 - visitas domiciliárias;
 - contactos telefónicos;
 - apoio psicológico estruturado.

Readaptação

- Priviligiadamente OT (de acordo com algoritmo) devido à pandemia de SARS-CoV-2;
- Segurança (profissionais / utentes).

Continuidade

- Boa adesão (importância da relação prévia estabelecida);
- VD em situações detetadas de risco.

Acompanhamento

- Terapia cognitivo-comportamental;
- Cuidado de Si – modelo de parceria (Gomes, 2018).

Recursos humanos

- Equipa integrante do projeto “[REDACTED]”;
- Parceria com a restante equipa multidisciplinar;

O que foi feito...

Folheto informativo

- Melhoria de apresentação e do *layout*;
- Referências bibliográficas atualizadas.

Norma institucional

- Reformulação de *layout*. Atualização e inclusão de conceitos referentes à pandemia SARS-CoV-2;
- Referências bibliográficas atualizadas.

Instrumento PG-13

- Pedido de autorização à autora (concedido) para utilização e divulgação do instrumento;
- Inclusão de campo para observações (entrevista semi-estruturada).

Base de dados

- Contactos telefónicos e intervenção no luto;
- Criação de filtros de informação;
- Inclusão e tratamento de dados estatísticos e elaboração de Relatório.

Folheto informativo

Aspetos importantes no luto:

É expectável que pense muitas vezes no seu familiar e em todo o processo de perda;

A resposta à perda e ao luto é única e pessoal;

Em datas especiais as suas reações podem ser mais intensas;

É natural sentir necessidade de estar sozinho;

Pode falar do ente querido livremente. Se sentir necessidade, peça ajuda;

Não deve ter receio ou vergonha de chorar ou expressar outras emoções associadas à sua perda;

As crianças também sofrem com a morte;

Explique honestamente e de forma sensível a uma criança o que se passa ou o que ocorreu com o seu familiar;

Se a criança o desejar, pode assistir aos rituais fúnebres.

"Aqueles que passam por nós não vão sós, não nos deixam sós.

Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós."

Antoine de Saint-Exupéry (O principzinho)

Continue a cuidar de Si!

Não está sozinho.

Propositadamente ocultado para manter o anonimato da instituição de saúde

Pedro Parrilha (mestrando ESMP, ESEL)

2021



Estamos ao Seu Lado

Folheto informativo

O Luto

Perder um ente querido é, sem dúvida, um dos acontecimentos que mais sofrimento pode trazer ao ser humano.

O luto é um processo necessário que ocorre sempre que existe uma perda significativa.

Barbosa (2016)

Fases do luto

O processo de luto passa por diferentes fases fundamentais:

- Choque/negação;
- Desorganização/desespero;
- Reorganização/recuperação.

Barbosa (2016)

A duração de um luto é variável e depende de cada pessoa e de cada situação.

(Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2018)

Manifestações

Durante o processo de luto é normal existirem diferentes manifestações:

- **Sentimentos:** tristeza, apatia, angústia, culpa, saudade, alívio, irritabilidade, vazio, frustração, desespero, solidão...
- **Sensações físicas:** falta de energia, alterações do sono e apetite, dores musculares e de cabeça, sensação de pressão no peito...
- **Comportamentos:** isolamento social, choro, dificuldade de concentração e memória...
- **Pensamentos:** descrença, confusão, preocupação excessiva, sensação de presença do falecido, medo do futuro...

Worden (1998)



Propositadamente ocultado para manter o anonimato da instituição de saúde

O projeto [redacted] tem sido desenvolvido por profissionais da Equipa

Propositadamente ocultado para manter o anonimato da instituição de saúde

[redacted] tendo como principal objetivo acompanhar a pessoa enlutada, facilitando a vivência do seu processo de luto de uma forma adaptativa.

Este projeto contempla visitas domiciliárias, contactos telefónicos com suporte emocional e, em caso de necessidade, encaminhamento para um apoio especializado.

Já pensou que o luto pode gerar feridas invisíveis?

Não tenha receio de pedir ajuda.

Norma institucional

Propositadamente ocultado para manter o anonimato da instituição de saúde

NORMA
UCC de [redacted]

Data: ___/___/2021

Assunto: Propositadamente ocultado para manter o anonimato da instituição de saúde

Palavras-chave: ECCL; ECSCP; Luto complicado; Processo de luto; Perda; UCC.

Para: [redacted]

Norma para apoio individualizado no processo de luto

1. Introdução

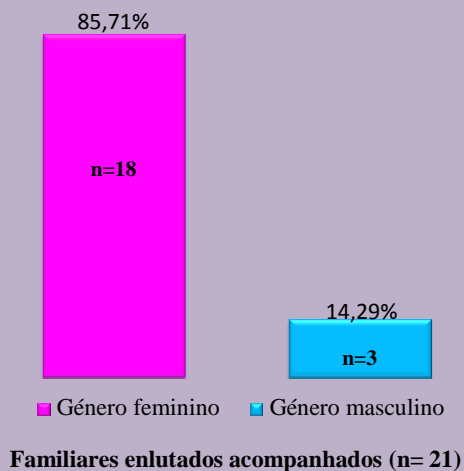
A morte é uma das experiências mais dolorosas com as quais o ser humano se confronta ao longo do ciclo vital. Intelecto à morte, encontra-se o luto como sendo um processo reativo à perda de um ente querido (Barbosa, 2010; 2016). A pessoa que sofre uma perda inicia um processo que passa por diferentes etapas que ajudam a integrar essa perda. Acompanhar a pessoa enlutada permite analisar e refletir sobre o significado e o sentido da perda, sobre as emoções que podem fazer a aproximação à vivência da dor e do processo de luto por falecimento de pessoas significativas. As diretrizes nacionais e internacionais, bem como o Plano Regional de Saúde Mental (2020/2022) apontam para uma articulação entre as instituições e um acompanhamento da pessoa doente e família na sua globalidade que se estende até ao período do luto.

A presente norma visa ser um fio condutor face aos procedimentos do profissional de saúde que intervém ao longo do processo de luto da pessoa enlutada acompanhada pela ECCL e/ou pela ECSCP da Unidade de Cuidados Continuados de [redacted].

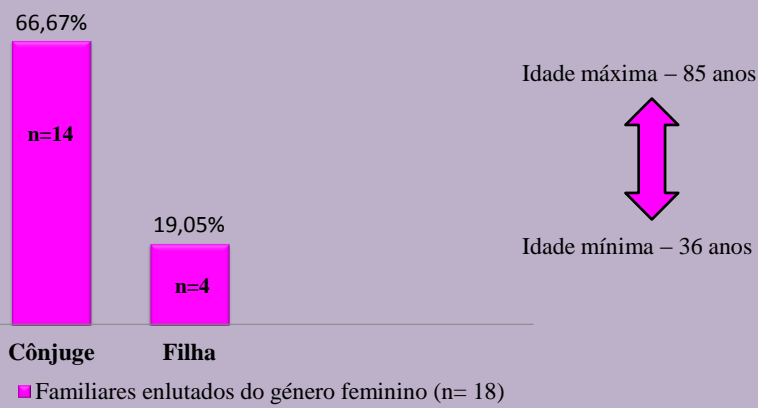
2. Objetivos

- > **Objetivo geral:**
 - Desenvolver uma norma institucional de estruturação no processo de luto realizada pelos profissionais da ECCL e da ECSCP da Unidade de Cuidados Continuados de [redacted].
- > **Objetivos específicos:**
 - Desenvolver a relação terapêutica com a pessoa enlutada, acompanhada pela ECCL e/ou pela ECSCP da Unidade de Cuidados Continuados de [redacted].

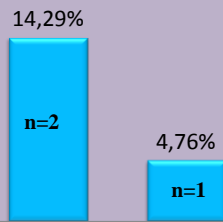
Dados quantitativos



Dados quantitativos



Dados quantitativos



Cônjuge

Filho

■ Familiares enlutados do género masculino (n= 3)

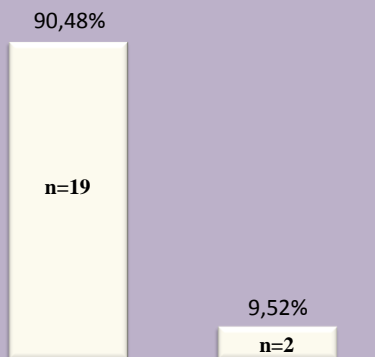
Idade máxima – 74 anos



Idade mínima – 70 anos

Dados quantitativos

Causa de óbito



Doença neoplásica

Doença neurológica degenerativa

Diagnósticos médicos



■ Neoplasia pulmão

■ Neoplasia cólon

■ Neoplasia estômago

■ Neoplasia mama

■ Neoplasia útero

■ Neoplasia pâncreas

■ Neoplasia cérebro

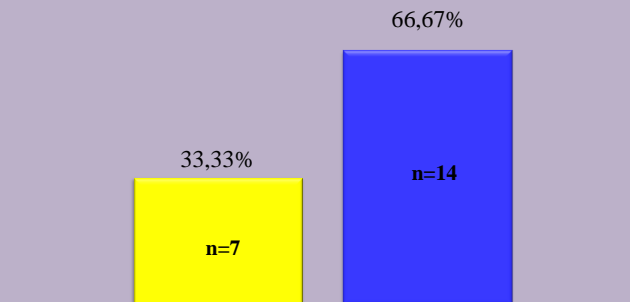
■ E.L.A.

Idade mínima – 39 anos ↔ Idade máxima – 80 anos

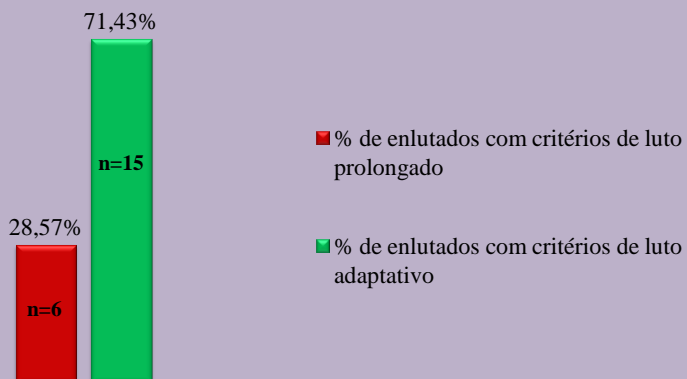
Dados quantitativos

Local do óbito

■ Hospital ■ Domicílio



Dados quantitativos



6 meses após a perda
(utilização de instrumento de avaliação de luto prolongado - Delalibera, Coelho & Barbosa, 2011)

Dados qualitativos

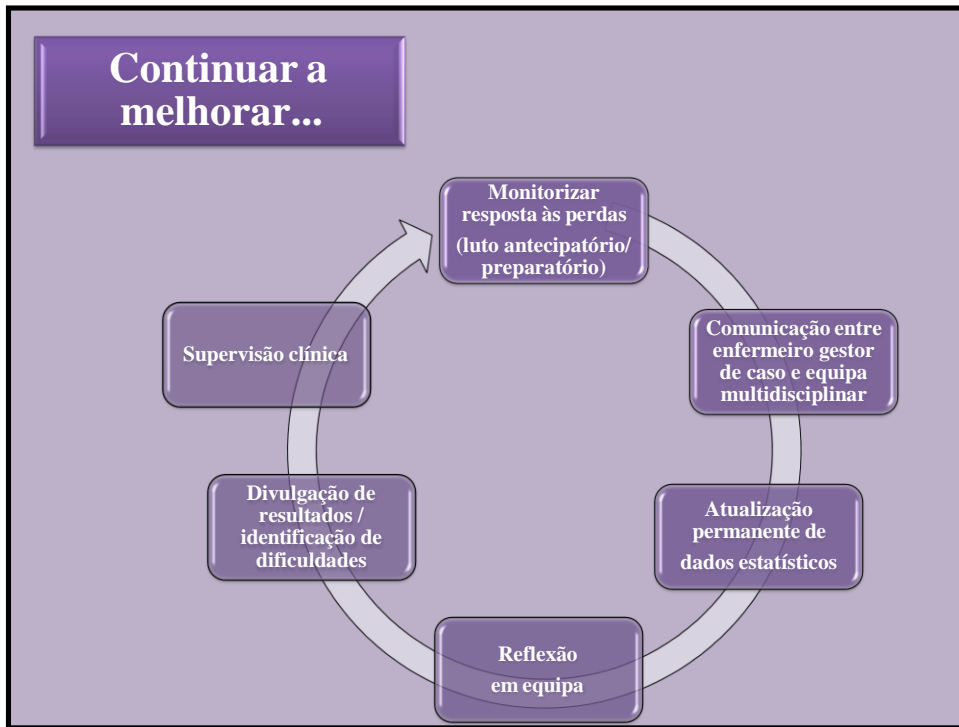
Aspetos facilitadores do processo de luto e integradores da perda:

- aceitação pela doença e adaptação à morte iminente;
- adequação dos cuidados prestados;
- controlo de sintomas da doença;
- apoio da ECSCP e da família antes e após a perda;
- expressão de sentimentos e emoções;
- recordações da vivência familiar;
- espaço temporal decorrido desde a perda;
- retoma de atividades sociais e laborais;
- cumprimento de metas realistas e de últimos desejos do ente querido;
- espiritualidade e a prática de crenças religiosas;
- partilha de objetos pessoais e de valor sentimental da pessoa falecida.

Dados qualitativos

Aspetos impeditivos de uma satisfatória adaptação à perda vivenciada:

- ausência de sentido da vida sem o familiar falecido;
- sensação de vazio desde a morte;
- evidência de adoecer mental prévio;
- intenso sofrimento com a perda;
- dependência da pessoa perdida;
- saudade extrema do ente querido;
- dificuldade na reparação de atividades de vida diárias;
- isolamento social;
- dificuldade em aceitar a naturalidade da morte;
- dificuldade em separar-se de objetos pessoais;
- impossibilidade de se despedir ou realizar um ritual fúnebre.



Referências

- Areia, N., Major, S., Fonseca, G., Oliveira, V. & Relvas, A. (2020). Prevalência e preditores de morbidade psicológica nos familiares de doentes oncológicos terminais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 21 (1), 169-175. **Doi:** <https://dx.doi.org/10.15309/20psd210125>;
- Areia, N., Major, S., Góngora, J. & Oliveira, V. & Relvas, A. (2020). Support interventions for families of people with terminal cancer in palliative care. *Palliative and Supportive Care*, 1-9. **Doi:** <https://doi.org/10.1017/S1478951520000127>;
- Barbosa, A. (2016a). Fazer o luto. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. (Ed.) *Manual de cuidados paliativos* (p. 553-630). 3.ª Ed. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
- Barbosa, A. (2016b). *Fazer o luto*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
- Bruno, A. et al. (2019). Grief and the new DSM-5 clinical category: a narrative review of the literature. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 7 (2): 1-16. **Doi:** [10.6092/2282-1619/2019.7.2244](https://doi.org/10.6092/2282-1619/2019.7.2244);
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: os fundamentos existencial humanistas da relação de ajuda*. Volume I. Loures: Lusodidacta;
- Chalifour, J. (2009). *A intervenção terapêutica: estratégias de intervenção*. Volume II. Loures: Lusodidacta;
- Neto, I. (2020). *Cuidados paliativos – conheça-os melhor*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos;
- Norma 003/2019 (2019). Modelo de intervenção diferenciada no luto prolongado em adultos. *Direção-Geral da Saúde*, (n.º 003/2019, de 23-04-2019), 1-29. Disponível em <https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/04/23/modelo-de-intervencao-diferenciada-no-luto-prolongado-em-adultos>;
- Perng, A. & Renz, S. (2018). Identifying and treating complicated grief in older adults. *The Journal for Nurse Practitioners*, volume 14 (4): 289-295. **Doi:** <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2017.12.001>;
- Rebello, J. (2019). *O luto: vivências, superação e apoio*. Porto: Edições Afrontamento;
- Regulamento n.º 515/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (n.º 151/2018, de 07-08-2018), 21427 – 21430;
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lisboa: Lidel;
- Sequeira, C. (2020a). Comunicação em saúde mental. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Coord.). *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções*. Lisboa: Lidel;
- Sequeira, C. (2020b). Técnicas e competências de comunicação. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Coord.). *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções*. Lisboa: Lidel.

Tu importas, porque tu és tu,
e vais ser importante até ao fim da tua vida.
Faremos tudo o que pudermos, não somente
para te ajudar a morrer em paz,
mas também para que vivas até à morte.

Cicely Saunders



**Obrigado a todos pelo carinho com que me receberam
e pelas aprendizagens que me proporcionaram.**

Até sempre!

ANEXOS

ANEXO I
Critérios de cotação do
instrumento de avaliação PG-13

Critérios de cotação do Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado - PG-13

Segue abaixo as instruções sobre como diagnosticar a Perturbação de Luto Prolongado (PLP). Cada um dos cinco critérios deve ser cumprido para que um indivíduo seja diagnosticado com PLP.

- **Critério I - Evento:** experiência de perda de um ente querido;
- **Critério II - Ansiedade de Separação:** o enlutado deve experienciar diariamente e a um nível intenso saudades, dor emocional, tristeza e pesar pela ausência da pessoa perdida, ou seja, o entrevistado deve responder às questões 1 e 2 com intensidade diária ou várias vezes ao dia;
- **Critério III - Duração:** Os sintomas de ansiedade de separação devem estar presentes pelo menos 6 meses após a perda. Ou seja a resposta a pergunta 3 deve ser "SIM".
- **Critério IV - Sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais:** o entrevistado deve experienciar pelo menos 5 dos 9 sintomas (questões de 4 a 12) diariamente ou com bastante intensidade, ou seja, nas questões 4 e 5 o entrevistado deve responder "Pelo menos uma vez por dia" ou "Várias vezes por dia" e entre as questões 6 e 12 o entrevistado deve responder "extremamente" ou "bastante";
- **Critério V - Disfunção social e ocupacional** ou em outras áreas importantes de funcionamento: ou seja, o entrevistado deve responder "SIM" à pergunta 12.

Resumindo, para se considerar presente a Perturbação do Luto Prolongado, o entrevistado deve ter como respostas para os sentimentos relativos as questões 1 e 2 a intensidade diária ou várias vezes ao dia. Os sintomas de ansiedade de separação devem estar presentes pelo menos 6 meses após a perda. Ou seja, a resposta a pergunta 3 deve ser **sim**.

A respeito dos sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais abordados nas questões de 4 a 12, o sujeito deve assinalar com intensidade diária ou várias vezes ao dia (questões 4 e 5) ou bastante ou extremamente (questões 6 a 12) em **pelo menos cinco** dessas nove questões.

Por último deve verificar-se uma significativa disfunção social e ocupacional, ou seja, a resposta a pergunta 13 deve ser **sim**.

ANEXO II
Certificado de participação no “I Simpósio
Internacional de Pesquisa em Cuidados Paliativos”



I SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE PESQUISA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Certificamos que **PEDRO MIGUEL CONSTANTINO PARRINHA** participou do **I Simpósio Internacional de Pesquisa em Cuidados Paliativos**, realizado entre os dias 23 e 24 de Outubro de 2020, com carga horária de **20 horas**.

Ana Cláudia Mesquita Garcia

Profa. Dra. Ana Cláudia Mesquita Garcia
Docente da Escola de Enfermagem da
Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG)
Membro da Comissão Organizadora do I Simpósio de
Pesquisa em Cuidados Paliativos

Fabiana Bolela

Profa. Dra. Fabiana Bolela
Docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo (USP)
Membro da Comissão Organizadora do I Simpósio de
Pesquisa em Cuidados Paliativos

Juliana Dias Reis Pessalacia

Profa. Dra. Juliana Dias Reis Pessalacia
Docente da Universidade Federal de Mato
Grosso do Sul (UFMS), Campus Três Lagoas (CPTL)
Membro da Comissão Organizadora do I Simpósio de
Pesquisa em Cuidados Paliativos

REALIZAÇÃO:



APOIO:



FAPEC
Fundação de Apoio à Pesquisa,
ao Ensino e à Cultura

ANEXO III
Certificado de participação em
Webinar “Luto em cuidados de saúde”



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL

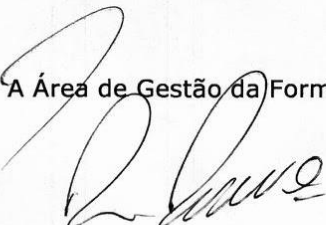


DECLARAÇÃO

Declara-se que **PEDRO MIGUEL CONSTANTINO PARRINHA** frequentou a **Videoconferência "Luto em Cuidados de Saúde"** realizada no dia **06 de Abril de 2021**, com a duração total de **2 horas**.

Lisboa, 12 de Abril de 2021

A Área de Gestão da Formação



Rui Pereira
Técnico Superior

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA CENTRAL, EPE
C. Custo 4208010
Área de Gestão da Formação

*Declaração N.º 2728/2021/CS
C.RESP.INTEG. UROLOGIA/HSJ*

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 – ACSS)

ANEXO IV
Certificado de participação em Webinar
“Luto antecipatório dos familiares em cuidados paliativos”



Associação Portuguesa
de Cuidados Paliativos

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos efeitos que o **Enfermeiro Pedro Miguel Constantino Parrinha**, frequentou o Webinar “Luto antecipatório dos familiares em cuidados paliativos”, que teve lugar no dia 22 de abril de 2021, das 19.00h às 22.00h, com duração de 3 horas.

Porto, 22 de abril de 2021

Ana Fontes

O Secretariado da APCP

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

SEDE Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E. – Rua Dr. António Bernardino de Almeida 4200-072 Porto
SECRETARIADO EXECUTIVO Ad Médic – Calçada de Arroios 16 C, Sala 03 1000-027 Lisboa

(351) 21 842 97 10 – E-mail: secretariado@apcp.com.pt