

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO



Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiatria

SUPORTE FAMILIAR NA DOENÇA MENTAL

Relatório de estágio de desenvolvimento de competências especializadas
em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Fábio Xavier Rodrigues Pinheiro

Porto | 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

SUORTE FAMILIAR NA DOENÇA MENTAL:

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

FAMILY SUPPORT IN MENTAL ILLNESS:

Development of specialized clinical skills in the field of Mental Health and Psychiatric Nursing

Relatório de estágio de natureza profissional orientado pela Professora Doutora Júlia Marques e coorientado pela Professora Doutora Graça Pimenta

Fábio Xavier Rodrigues Pinheiro, ep10647

Porto, 2024

“Paz e harmonia: eis a verdadeira riqueza de uma família.”
Benjamin Franklin

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Júlia Marques, pela disponibilidade demonstrada ao longo de todo este meu percurso académico, culminando na elaboração e acompanhamento deste trabalho, pelos momentos de reflexão e de crescimento pessoal e profissional, bem como, pelos conhecimentos que me transmitiu, dedicação e vontade de imprimir mudança, uma inspiração.

Aos Enfermeiros tutores, bem como, a restante equipa multidisciplinar dos três contextos clínicos, pela partilha e suporte oferecido, pela colaboração e pelos seus ensinamentos, essenciais para o meu crescimento pessoal e profissional.

Aos Utentes e Famílias aos quais prestei cuidados, pela partilha das suas vivências, sem os quais este percurso não era de todo possível.

Aos meus amigos, em especial à Catarina e à Graça, pelo apoio incondicional em todos os momentos da minha vida, e sobretudo pela força e ajuda que me transmitiram para iniciar e terminar este meu projeto académico.

À minha Família, em particular aos meus pais, pelo apoio e carinho de sempre, mas que nesta fase da minha vida, teve um gosto especial...

A todos vós, o meu sincero e grande Bem-Haja!

RESUMO

A prestação de cuidados a uma pessoa com necessidades de cuidados em saúde mental e psiquiátrica e/ou com Doença Mental Grave (DMG) é inexequível sem ter em conta todo o seu contexto individual, familiar e social.

Com o intuito de compreender o processo de adoecer mental no indivíduo e família e na DMG e de compreender a abordagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) à pessoa e família, realizamos um estágio de natureza profissional que decorreu em três contextos clínicos distintos: num serviço de internamento de cuidados agudos, em contexto de cuidados diferenciados, num Hospital de Dia (HD), onde integramos a Equipa Local de Saúde Mental (ELSM) e em contexto comunitário numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Após a integração nos serviços e respetivas equipas, participamos nas diferentes atividades desenvolvidas nos três locais de estágio, particularmente no apoio à família de forma individual e em grupo.

A participação em dois grupos distintos, grupo de Suporte Familiar, no grupo multifamiliar em contexto de HD, e um grupo Psicoeducativo de cuidadores familiares, em contexto comunitário na UCC; permitiu-nos perceber que para uma intervenção à família torna-se necessário que esta tenha um espaço onde possa livremente expor os seus problemas e dificuldades, e sentir-se acompanhada pelos seus pares e por um profissional de saúde, que para além, de um suporte emocional seja também, transmissor de conhecimentos sobre a doença, o tratamento, as estratégias comunicacionais, resolução de problemas e sobre recursos da comunidade disponíveis. Deste modo, os familiares conseguirão com mais facilidade criar estratégias de *coping* que lhes permitirá reformular o acompanhamento ao seu familiar com a DMG.

O trabalho desenvolvido com as famílias permitiu-nos constatar que a família deve ser integrada na intervenção terapêutica, como um parceiro de cuidados. Torna-se necessário que os serviços/equipas procurem dar suporte e apoio à família contribuindo para esta, adquira capacidades e competências para o processo de cuidar de um familiar com DMG, constituindo-se como um recurso para este, e para si própria enquanto unidade familiar. Este percurso possibilitou-nos também o desenvolvimento de competências como futuro EESMP.

Palavras-chave: Enfermagem; Família; Doença Mental; Perfil de Competências de Enfermeiros

ABSTRACT

Providing care to a person with mental health and psychiatric care needs and/or with Severe Mental Illness (GDM) is unfeasible without taking into account their entire individual, family and social context.

In order to understand the process of mental illness in the individual and family and in GDM and to understand the EESMP approach to the person and family, we carried out a professional internship that took place in three distinct clinical contexts: in an inpatient care service and their teams, we participate in the different activities developed in the three internship sites, particularly in supporting the family individually and in groups.

Participation in two distinct groups, the Family Support group, the multifamily group in the HD context, and a Psychoeducational group of family caregivers, in a community context in the CCU; It allowed us to understand that for an intervention to the family, it is necessary that they have a space where they can freely expose their problems and difficulties and feel accompanied by their peers and by a health professional who, in addition to emotional support, is also a transmitter of knowledge about the disease, treatment, communication strategies, problem solving, and available community resources. With this, family members will be able to more easily create coping strategies that will allow them to reformulate their experience with the various psychiatric pathologies and with GDM.

The work developed with the families allowed us to verify that the family cannot be neglected from a therapeutic intervention, at the risk of mental illness spreading from the user to the whole family. It is necessary that the services/teams seek to provide support to the family, contributing to it, acquiring skills and competencies for the process of caring for a family member with GDM, constituting themselves as a resource for them, and for themselves as a family unit. This path also enabled us to develop skills as a future EESMP.

Keywords: Nursing; Family; Mental Disorders; Nurse's Scope of

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BDI - Inventário de Depressão de Beck

CAMI - Índice de Avaliação de Estratégias de *Coping* do Cuidador

CIP - Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DM - Diabetes Mellitus

DMG - Doença Mental Grave

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECL - Equipa Coordenadora Local

ECT - Eletroconvulsivoterapia

EESMP- Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica

ELSM - Equipa Local de Saúde Mental

EMT - Estimulação Magnética Transcraniana

EPVA - Equipa de Proteção de Violência no Adulto

ESC - Escala de Sobrecarga do Cuidador

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESF - Equipa de Saúde Familiar

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

HD - Hospital de Dia

ICN - *International Council of Nurses*

MCAIF - Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção na Família

MCEEC - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária

NACJR - Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NEESM - Núcleo de Enfermagem de Especialistas de Saúde Mental

NGASR - *Nurse' Global Assesment of Suicide Risk*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PANSS - *Positive And Negative Syndrome Score*

PEP - Primeiro Episódio Psicótico

PLS - Plano Local de Saúde

POC - Perturbação Obsessivo-Compulsiva

PRR - Plano de Recuperação e Resiliência

PSYRATS - *Psychotic Symptom Reting Scales*

QPF - Questionário de Problemas familiares

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS - Unidade Local de Saúde

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	17
1.1 O suporte familiar na pessoa com necessidade de cuidados em saúde mental e psiquiátrica	17
1.2 A prática de cuidados do enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica e o modelo de sistemas de Betty Neuman	24
2 ANÁLISE DO PROCESSO DE CUIDADOS EM CONTEXTO DE UNIDADE DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS EM UTENTES EM FASE AGUDA	27
2.1 Caracterização do contexto de prestação de cuidados em unidade de internamento de agudos.....	27
2.2 Atividades desenvolvidas	28
3 ANÁLISE DO PROCESSO DE CUIDADOS EM CONTEXTO DE CUIDADOS DIFERENCIADOS	38
3.1 Caracterização do contexto de prestação de cuidados em unidade de prestação de cuidados diferenciados.....	38
3.2 Atividades desenvolvidas	41
4 ANÁLISE DO PROCESSO DE CUIDADOS EM CONTEXTO COMUNITÁRIO	67
4.1 Caracterização do contexto na Comunidade.....	67
4.2 Atividades desenvolvidas	71
5 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	78
5.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	78
5.2 Competências específicas do Enfermeiro Especialista	83
6 SÍNTESE FINAL	93
Referências bibliográficas	97
ANEXOS	105
Anexo I - Planeamento das Sessões de Reestruturação Cognitiva.....	107
Anexo II - Consentimento Informado - Nota Informativa	117
Anexo III - Sessão de Psicoeducação Familiar sobre Adesão Terapêutica.....	119

Anexo IV - Planeamento da Sessão de Psicoeducação no Grupo Multifamiliar de Cuidadores	145
Anexo V -Sessão de Psicoeducação no Grupo Multifamiliar de Cuidadores	151

INTRODUÇÃO

O presente trabalho insere-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio de natureza profissional com relatório, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, no ano letivo 2023/2024 da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

O estágio decorreu em três contextos clínicos, de internamento de agudos, de cuidados diferenciados e de cuidados na comunidade, a pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental e psiquiátrica, no ano letivo 2023/2024, sob a orientação da Professora Doutora Júlia Marques. A realização deste relatório tem como objetivo principal a descrição corresponde ao percurso de desenvolvimento e aquisição de competências enquanto estudante e futuro Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Neste âmbito, será descrita de forma sistemática a aprendizagem e o trabalho desenvolvido nos diferentes locais de estágio, bem como, as atividades planeadas e executadas durante os mesmos, procurando articular a teoria e a prática clínica.

No que diz respeito à escolha da temática transversal, “Suporte Familiar na Doença Mental”, destaco o meu interesse pessoal e profissional, que emerge de uma necessidade enquanto pessoa e enfermeiro, uma vez que de acordo com toda a minha experiência profissional, desenvolvida maioritariamente em contexto comunitário, é inexequível prestar cuidados a uma pessoa com necessidade de cuidados em saúde mental e psiquiátrica, sem ter em conta todo o seu contexto individual, familiar e social. Para além disso, de acordo com a minha experiência profissional, anteriormente referida, facilmente verifiquei e compreendi que a doença afeta não só a pessoa doente, mas também toda a família, o que torna imprescindível a intervenção familiar. De acordo com Goldenberg e Goldenberg (2005) citado por Twonsend (2011), os enfermeiros para além de estarem familiarizados com as questões associadas ao funcionamento adaptativo da família, possuem conhecimento que os torna capazes de avaliar a referida intervenção familiar e resolver os problemas conforme estes vão surgindo. Cumulativamente, os enfermeiros especialistas concebem a sua prática numa relação de parceria efetiva com as famílias, baseando-se nas forças da pessoa, família e comunidade. Utilizam uma abordagem sistémica, onde têm como cliente a família enquanto unidade de cuidados, valorizando simultaneamente a relação multifacetada entre a saúde individual dos vários membros e a saúde da família na sua globalidade. Para o efeito, aplicam conhecimentos na avaliação da saúde da família, considerando quer as relações dinâmicas que se estabelecem entre os seus membros, tomando como foco o processo familiar e família enquanto unidade de cuidados, bem como as necessidades das pessoas que a integram, perspetivando-as em termos

antropobiológicos, sociais, espirituais e culturais. Neste sentido, importa salientar que os enfermeiros especialistas em geral e em particular os especialistas em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar e em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, possuem um conjunto de conhecimentos, habilidades e competências que lhe permitem estabelecer uma relação terapêutica de modo a descobrir as forças, os significados, as crenças e os sentidos atribuídos aos processos de saúde-doença, pelas famílias, norteadores do juízo clínico e da tomada de decisão partilhada, mesmo em situações complexas, potenciando a resiliência da família coletivamente (Ordem dos Enfermeiros , 2023). Assim, os enfermeiros especialistas ao adotarem uma abordagem à família como foco e não como contexto da prática de cuidados de enfermagem, potenciarão os ganhos em saúde às famílias por eles cuidadas (Henriques & Santos, 2019).

O presente relatório de estágio encontra-se estruturado em quatro partes principais, sendo na primeira realizado o respetivo enquadramento conceptual e teórico da temática transversal no âmbito do suporte familiar na doença mental, na segunda abordamos todo o percurso realizado nos diferentes locais de estágio selecionados, as atividades planeadas e desenvolvidas, bem como a conseqüente reflexão sobre os estudos de caso realizados e os resultados obtidos. Na terceira parte fazemos a relação as opções metodológicas adotadas e o desenvolvimento de competências do enfermeiro EESMP; concluímos com análise critico-reflexiva sobre o desenvolvimento do estágio de natureza profissional.

Para a realização do presente relatório de estágio suportamo-nos de pesquisa bibliográfica, a observação, a entrevista ao utente e às suas respetivas famílias. Realizamos estudos de caso, a intervenção ao utente e família de forma individual, familiar e em grupo.

Torna-se importante referir que previamente foram garantidas todas as questões de confidencialidade, e anonimato dos dados fornecidos assim como a informação de modo a avaliar a participação voluntária de todos os utentes e respetivas famílias no presente documento.

1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Atualmente tem-se verificado um aumento significativo do número de indivíduos com alterações ao nível da saúde mental. Ao mesmo tempo verifica-se uma mudança no paradigma familiar. A família é, sem dúvida, um dos pilares do indivíduo e um dos grandes intervenientes no seu desenvolvimento e futuro. O conceito de família está em constante mudança e de uma forma rápida e significativa. Neste capítulo, realizamos a conceptualização da temática do suporte familiar na doença mental, tentando perceber de que forma a sua estrutura, a sua dinâmica e o seu equilíbrio podem influenciar a saúde mental do indivíduo.

1.1 O suporte familiar na pessoa com necessidade de cuidados em saúde mental e psiquiátrica

O conceito de família tem sofrido inúmeras transformações e pode revestir-se de diversas formas dependendo tanto da história individual como familiar, de vínculos biológicos, estatuto legal e/ou religioso entre outros tantos aspetos. As constantes mudanças económicas, políticas, sociais e culturais com que nos deparamos, fazem emergir uma diversidade de tipos de família que dificilmente se enquadram numa única definição (Figueiredo M. H., 2009).

O International Council of Nurses (ICN, 2023) define família como: “*Grupo: uma unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado um sistema que é maior que a soma das partes*” ((CIPE/ICNP), 2019, p. 143).

De acordo com Wright e Leahey (2012), família pode ser definida como um “*grupo de indivíduos unidos por fortes vínculos emocionais, com sentimento de pertença e uma inclinação a participar na vida uns dos outros*”. Na mesma linha de pensamento, as autoras acrescentam: “*família é quem os seus membros dizem que são*” (Wright & Leahey, 2012, pp. 54-55). Nesta perspetiva, família é realmente quem o utente diz ser e, o elemento familiar mais próximo afetivamente do utente que se disponibiliza para auxiliar na gestão e participação ativa nos cuidados de saúde, quer no decurso da doença, assim como, no decurso da hospitalização, tendo esse direito consagrado na Lei n.º 106/2009 de 14 de Setembro, que diz respeito ao acompanhamento familiar em internamento hospitalar (Diário da República, 1.ª série - N.º 178, 2009). De acordo com a nova Lei de Saúde Mental (Lei n.º 35/2023), o elemento afetivamente mais próximo do utente passa a designar-se «Pessoa de confiança», sendo a pessoa escolhida

com a sua concordância, para lhe prestar apoio no exercício dos seus direitos (Decreto-Lei n.º 35/2023 de 21 de julho, 2023).

A diretriz conceptual subjacente a estes conceitos de família tem inúmeras vantagens para os enfermeiros compreenderem a complexidade deste sistema e conseguirem perspetivar melhor a avaliação, o diagnóstico, a intervenção e a avaliação com este utente coletivo. Em muitas situações a intervenção familiar é mais vantajosa, em termos terapêuticos do que a intervenção individual (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

A abordagem sistémica tem como princípio que as pessoas são mais bem compreendidas quando é possível aceder a forma como interagem umas com as outras e, neste sentido, Corey (2017), especifica algumas vantagens comparando com a abordagem individual: a exploração das regras e processos familiares, iniciando muitas vezes com a construção do genograma, ao invés da procura diagnóstica inicial na intervenção individual; integra mais membros; explora o contexto no qual as coisas são vividas e menos as causas e aspetos relacionados com os problemas; alarga a perspetiva das experiências individuais para uma preocupação transgeracional, os significados, as regras, a cultura, as perspetivas de género e a interação com a comunidade e sistemas mais amplos a influenciar a família; foca-se mais na adaptação ao contexto do que nas estratégias pessoais de *coping* (Corey, 2017).

As famílias podem ser consideradas um sistema complexo. Esta complexidade advém das suas múltiplas composições e contínua evolução ao longo do ciclo de vida, evolução/desenvolvimento de cada um dos seus membros, e evolução e desenvolvimento da própria família enquanto grupo. As diferentes fases do ciclo de vida das famílias podem ser encontradas na diversa literatura existente, e de acordo com Wright & Leahey, (2012), existem seis estágios do ciclo vital da família: 1) sair de casa - encaminhamento do jovem adulto solteiro; 2) união das famílias pelo casamento - o novo casal; 3) família com filhos pequenos; 4) família com adolescentes; 5) encaminhamento dos filhos e saída de casa; 6) famílias no final da vida (Wright & Leahey, 2012).

Nestes estágios emerge a vivência de assunção de papéis relacionados com a fase do ciclo de vida em que a família e os seus elementos se encontram. Como exemplo, podemos referir: o papel de progenitor e o papel de filho (sua relação hierárquica funcional e emocional de dependência); a mudança de papéis no momento em que os elementos do subsistema “filhos” se começam a autonomizar e simultaneamente a adquirir mais autonomia; alteração de papéis na fase do ciclo de vida em que os progenitores começam a perder autonomia (necessidades em saúde) e a depender dos filhos; a fase final da vida na qual todas as incertezas podem surgir (Wright & Leahey, 2012).

A família, enquanto unidade, caracteriza-se essencialmente pelas inter-relações estabelecidas entre os seus membros, num contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade.

Enquanto sistema social dinâmico, incorpora um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que lhe conferem unicidade. A sua rede de relações múltiplas transformam-na constantemente, desenvolvendo-a através de processos de construção inerentes à sua complexidade e multidimensionalidade. Nesta abordagem bioecológica do sistema familiar, emergem as características sistêmicas de globalidade e reciprocidade. A partir destes pressupostos, compreende-se que os problemas de saúde influenciam as percepções e comportamentos da família, do mesmo modo que as percepções e comportamentos desta, influenciam a saúde dos seus membros. A interdependência entre a saúde da família, enquanto unidade funcional, e a saúde dos seus membros pressupõe que os cuidados de saúde serão tanto mais eficazes quanto maior a ênfase no sistema familiar, como alvo e unidade de cuidados (Oliveira et al., 2011).

Nesta linha de pensamento, urge a necessidade de alteração do paradigma e conseqüentemente dos contextos de cuidados, porque “*A enfermagem tem um compromisso e obrigação de incluir as famílias, nos cuidados de saúde*” (Wright & Leahey, 2012, p. 13). As intervenções de enfermagem devem envolver toda a família e ser direcionadas para a mesma como foco de atenção e alvo dos seus cuidados, e não apenas uma abordagem fragmentada visando apenas o indivíduo de cada família. Todos os enfermeiros devem possuir conhecimentos e competências para realizar a avaliação e intervenção familiar, quando um dos elementos do sistema familiar necessita de cuidados (Fernandes, 2014).

Ao longo dos últimos anos, têm sido realizados estudos de investigação para avaliar e validar as atitudes dos enfermeiros face a família, no que diz respeito ao seu envolvimento e participação ativa nos cuidados de enfermagem. De um modo geral, a maioria dos enfermeiros acredita e reconhece a importância do envolvimento ativo da família nos cuidados, contudo em alguns contextos clínicos específicos, maioritariamente em cuidados diferenciados, as atitudes dos enfermeiros na prática clínica, por vezes, não são congruentes com aquilo em que acreditam.

De acordo com Oliveira et al. (2011), na sua maioria, os enfermeiros têm atitudes de suporte face à família; daí que se espera que esta reciprocidade implique não só cuidados de enfermagem mais ajustados às necessidades da família como interações mais satisfatórias decorrentes deste processo. Esta interação satisfatória permitirá o desenvolvimento de estratégias impulsionadoras de atitudes de suporte nos cuidados de enfermagem e, desta forma, potencializará a efetivação de práticas colaborativas promotoras de intervenção familiar efetiva (Oliveira et al., 2011).

Ainda nesta linha de raciocínio, foi igualmente possível verificar que os enfermeiros possuem atitudes de suporte em relação à família, quer seja na globalidade ou nas suas várias dimensões. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas, nos conhecimentos sobre avaliação familiar, pela aplicação do Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção na Família (MCAIF), dos enfermeiros, antes e após a implementação de um programa de intervenção, confirmando

assim a aquisição ou consolidação de conhecimentos, tendo, portanto, impacto favorável ao processo de desenvolvimento de conhecimento e no desenvolvimento de competências. Deste modo, é-nos dado a perceber que programas de intervenção centrados na família potencializam a mudança de paradigma, e conseqüentemente uma melhor prática dos cuidados de enfermagem centrados na família. Através das experiências pessoais ou profissionais do trabalho com a família os enfermeiros desenvolvem competências, transitando por vários níveis de competência, divergindo entre eles na forma de pensar, atuar ou intervir (Henriques & Santos, 2019).

Pois é necessário e fulcral que em todos os contextos clínicos e em particular, os serviços de saúde mental e de psiquiatria procurem da mesma forma que cuidam da pessoa doente, cuidar também da família, contribuindo para que esta adquira capacidades e competências para a vivência com a doença mental do seu familiar.

De acordo com Carvalho et al. (2012), citado por Figueiredo et al. (2021), os estudos na área da saúde, as intervenções e até a política de saúde, dão cada vez mais importância à família, tendo os enfermeiros neste âmbito um papel importante e fulcral no que se refere aos cuidados.

Segundo Townsend (2011), existem muitas formas de família atualmente na nossa sociedade, como: a biológica de procriação, a nuclear que incorpora um ou mais membros da família alargada (família de origem), a de progenitor único, a adotiva, a comunal e o casal ou família homossexual. Segundo o autor, caracterizar indivíduos como “famílias” com base na composição do grupo pode não ser o melhor método, pelo contrário, uma família pode ser mais bem caracterizada com base nos atributos de afeição, fortes laços emocionais, sentimento de pertença e durabilidade de associação (Townsend, 2011).

De acordo com Ong et al., (2021), o envolvimento da família é um aspeto importante da gestão holística dos utentes com alguma patologia e/ou perturbação mental, tendo demonstrado benefícios a vários níveis, com ganhos em saúde significativos, quer para o utente como para a sua família. O prestador de cuidados principal possui várias características individuais distintas que oferecem uma vantagem para o envolvimento ativo bem-sucedido da família, como acessibilidade, melhor relacionamento e menos estigma associado. Os profissionais de saúde podem e devem envolver a família de várias maneiras, como executar intervenções psicoeducativas, apoiar as necessidades físicas, emocionais e sociais da família e planejar avaliações familiares regulares com encaminhamento para serviços especializados como a terapia familiar (Ong et al., 2021).

Assim, não envolver a família nos cuidados prestados aos utentes com necessidade de cuidados de saúde mental e não ter em consideração todo o contexto e a envolvência da mesma, parecem-nos uma ausência cujas conseqüências se traduzem em sofrimento para os utentes e para as

pessoas que lhe estão mais próximas, que são na sua maioria das vezes é a família (Felícia, 2016).

Pelo que é extremamente importante dotarmos as famílias e cuidadores com maior conhecimento, assim como, capacitá-los para uma prestação de cuidados mais eficazes, de forma a potenciar os seus recursos existentes, quer no seio da família e/ou comunidade, e criar estratégias mais eficazes para poderem se reestruturar enquanto família e ser desta forma um recurso para o utente, mantendo-se como unidade familiar (Felícia, 2016).

De acordo com Wright e Leahey (2012), sempre que um membro da família apresenta um problema que possa ter impacto nos outros membros é indicada uma intervenção ao nível da família. No entanto, segundo os mesmos autores essa intervenção só deve ocorrer caso a família concorde com a mesma (Wright & Leahey, 2012).

Os padrões de interação familiar têm a ver com o modo como as famílias se “comportam”. De acordo com Townsend (2011), todas as famílias desenvolvem com o tempo padrões de interação recorrentes previsíveis. Estes são frequentemente denominados e encarados com “regras da família”, onde existe a transmissão de uma mentalidade comum, sendo frequente expressões do género “foi sempre assim que o fizemos”, e dá aos membros da família um sentimento de segurança e estabilidade que advém da previsibilidade. Estas interações podem ter a ver com a comunicação, reforço do conceito de Si, expressão de expectativas e o modo de lidar com as diferenças, mas porque são repetitivos e se prolongam no tempo, tornam-se nas “regras” que governam os padrões de interação entre os membros da família (Townsend, 2011).

As particularidades de cada pessoa e as suas interações familiares influenciam não só o desenvolvimento de problemas do foro psiquiátrico, mas também a própria adesão ao regime terapêutico, tratamento e respetivo sucesso do mesmo. Compete ao enfermeiro generalista e em particular ao especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) selecionar quais são as intervenções mais adequadas a aplicar em cada situação. Como refere Hanson (2005), citado por Carvalho et al. (2020, pag.159), as intervenções de Enfermagem “*não são apenas instrumentos, técnicas ou táticas, mas tudo que o enfermeiro diz ou faz com as famílias que influenciam o sistema familiar*”.

Na DMG o impacto do diagnóstico, o estigma social associado, a dependência do familiar e as implicações da cronicidade da doença, conduzem frequentemente a uma sobrecarga crescente, gerando conflitos, perda de controlo e medo das alterações de comportamento do familiar, bem como das recaídas que obrigam a adaptação a uma nova realidade (Pinho et al., 2020).

Vários estudos realizados (Alves et al., 2018; Pinho et al., 2020) comprovam que a existência de uma pessoa com DMG na família causa uma elevada sobrecarga nos seus elementos. Assim sendo, a intervenção familiar assume uma extrema importância, não só para a diminuição da sobrecarga e para a promoção da saúde mental dos familiares envolvidos, mas também para a

reabilitação da pessoa com DMG, contribuindo largamente em todo o seu processo de recuperação (Pinho et al., 2020).

De acordo com Asen (2002), citado por Townsend (2011), as prioridades nas intervenções familiares são:

- Constituir uma aliança terapêutica entre os familiares e os profissionais de saúde;
- Reduzir o ambiente emocional no seio família, diminuindo o stress e sobrecarga;
- Promover a capacitação de os familiares anteverem e resolver problemas;
- Diminuir sentimentos de raiva, ira e culpa;
- Manter expetativas plausíveis e realistas relativamente aos comportamentos do familiar com necessidade de cuidados de saúde mental;
- Encorajar familiares a estabelecer limites adequados, mantendo, ao mesmo tempo alguma autonomia; e por último, promover mudanças desejáveis nas crenças e comportamentos dos familiares.

A psicoeducação familiar enquanto intervenção psicoterapêutica tem demonstrado eficácia na redução da sobrecarga e emoção expressa dos familiares com doença mental, especialmente no que diz respeito ao espectro da esquizofrenia e à perturbação bipolar e outras perturbações psicóticas, repercutindo-se num melhor relacionamento familiar. Tem como principais objetivos dotar os familiares de um maior conhecimento sobre o processo de doença e mudar comportamentos na forma como lidar com a mesma, ajudando na resolução de problemas, bem como reduzir o stress familiar e providenciar suporte social (Pinho et al., 2020).

Tendo em conta os objetivos anteriormente referidos os programas de psicoeducação devem incluir informação sobre a doença, nomeadamente, causa, sintomatologia, tratamento e a sua evolução; para uma melhor compreensão das atitudes e comportamentos do seu familiar. Para além disso, devem também ser ensinadas e treinadas estratégias para lidar com a pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental, identificando sinais precoces de recaída. A importância da adesão ao regime terapêutico, deve também ser focada, incentivando os respetivos familiares a monitorizar o seu cumprimento. Por fim, podem ser fornecidos contatos de associações de apoio à doença mental, bem como, de outros recursos disponíveis da comunidade, para que os familiares os possam utilizar caso exista necessidade. Vários estudos comprovam que estas intervenções diminuem a probabilidade de recaída, promovem a saúde mental dos familiares, prevenindo o aparecimento de uma doença mental (Pinho et al., 2020).

As intervenções psicoeducativas familiares centradas na gestão da doença, são consideradas talvez as mais eficazes e envolvem abordagens diferentes, nomeadamente, apenas com uma família; multifamiliares e/ou bimodais. No tipo de intervenção em que é utilizada uma

abordagem monofamiliar, a mesma deve ser acompanhada individualmente, sendo incluídos todos os membros e envolvidos no processo de recuperação. Pode ser realizada em contexto domiciliário, para um acompanhamento de maior proximidade e acessibilidade, nos cuidados de saúde primários; no hospital de referência ou noutra local comunitário, devendo para tal o enfermeiro especialista em ESMP, avaliar as várias possibilidades e optar pela mais adequada a cada situação. Outra grande vantagem é a possibilidade de uma intervenção mais individualizada e dirigida a determinada família. De acordo Pfammatter et al. (2012), citado por Pinho et al. (2020), o tipo de intervenção em que é utilizada a abordagem multifamiliar constitui o modelo considerado mais eficaz, com base em diversas meta-análises; e consiste numa abordagem com várias famílias, em grupos psicoterapêuticos. Os familiares são convidados a participar em sessões de grupo, podendo ou não estar incluído nos grupos, o membro familiar com doença mental. A grande vantagem deste tipo de intervenção é a possibilidade de um momento de catarse e partilha de emoções entre os familiares. Neste sentido, estes sentem que não são os únicos a vivenciar os problemas que surgem pela presença de um membro familiar com doença mental, surgindo uma empatia de grupo. O tempo para uma intervenção bem-sucedida é estimado entre dois e seis meses (Sin & Norman, 2013). As sessões devem ter uma duração média de sessenta a noventa minutos (Lyman et al., 2014; Sin & Norman, 2014) e em cada sessão deve existir um espaço, cerca de dez a vinte minutos, para a catarse emocional, normalmente no início. Deve ser dada também especial atenção e enfoque à partilha de experiências no decorrer das sessões, sendo que esta surge, normalmente, tendo em conta os conteúdos temáticos da sessão. O número de sessões pode variar entre seis e doze, dependendo do planeamento das mesmas e de acordo com as famílias. O ideal é que as sessões sejam conduzidas por dois elementos, um terapeuta e um coterapeuta, podendo ser ambos enfermeiros especialistas em ESMP, ou em articulação com outras classes profissionais, como terapeutas ocupacionais, psicólogos ou psiquiatras. No caso da abordagem bimodal, são constituídos dois grupos distintos, um com os familiares e outro com as pessoas com doença mental. As sessões são realizadas em simultâneo, em salas diferentes e em articulação. As intervenções são geralmente realizadas num formato presencial, embora os formatos online ou de modelos mistos (online e presenciais) (Cuesta-Lozano et al., 2022) estejam a ganhar interesse e a ser utilizados com mais frequência (Cuesta-Lozano et al., 2021; Sin et al., 2017). Em qualquer das abordagens deve ser obtido o consentimento informado, quer dos familiares, como da pessoa com doença mental (Pinho et al., 2020).

De uma forma generalizada em todos os contextos clínicos onde realizamos estágio, sentimos algumas dificuldades e/ou obstáculos para a realização da intervenção familiar, por diversos fatores, nomeadamente a falta de recursos humanos, a desmotivação dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros que apesar de terem medidas de suporte à família, por vezes ainda a vêem como um “fardo”, que pode ser motivado por alguma falta de conhecimento

e preparação pra a inclusão da intervenção familiar, uma vez que referem não terem tempo, bem como, não estarem munidos dos recursos necessários para dar resposta às diferentes necessidades familiares. De acordo com o paradigma atual de saúde, ainda existem inúmeras situações, especialmente em cuidados diferenciados, em que a presença do familiar do utente não é permitida pelos profissionais de saúde.

As dificuldades e/ou relutância dos profissionais de saúde na implementação da intervenção familiar em utentes com doença mental parece ser motivada, em parte, pela perceção destes, do domínio limitado de competências no trabalho com as famílias, pela descrença sobre a extensão do envolvimento familiar na vida de indivíduos com DMG, pelo pessimismo e desesperança quanto à capacidade de modificação na relação de longa data entre os membros da família, assim como pela ausência de conhecimento da efetividade dos resultados das intervenções neste âmbito (Cohen et al., 2008).

Outro fator dificultador é também a referência por parte dos prestadores de cuidados, da falta de tempo para implementar e manter as intervenções, associados à ausência por parte dos gestores de medidas de apoio necessários ao sucesso destas intervenções (Leff, 2000). É sabido que a aquisição de competências neste âmbito requer diversidade de estratégias e abordagens, e não apenas o apoio centrado nos métodos didáticos (Lucksted et al., 2012). A mudança de paradigma faz-se através da modificação de comportamentos de profissionais e clientes não sendo suficiente apenas o apoio da literatura no apontar da eficácia destas intervenções (McFarlane et al., 2001).

1.2 A prática de cuidados do enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica e o modelo de sistemas de Betty Neuman

A teoria geral dos sistemas é um modo de organizar o pensamento de acordo com a perspetiva holística. Um sistema é considerado maior que a soma das suas partes, sendo dinâmico e em constante mudança. Uma alteração numa parte do sistema causa alteração nas outras partes do sistema e neste como um todo (Townsend, 2011). Um sistema pode ser definido como um complexo de elementos em mútua interação (Wright & Leahey, 2012). A família pode ser vista como um sistema composto por vários subsistemas, como o subsistema conjugal, os subsistemas pai-filho e os subsistemas de irmãos. Cada um destes subsistemas está ainda dividido em subsistemas de indivíduos. O sistema familiar é também um subsistema de um supra sistema maior, como um bairro ou uma comunidade (Townsend, 2011).

De acordo com Wright & Leahey (2012), quando esta definição é aplicada às famílias, é possível ver cada uma delas como uma unidade e, conseqüentemente focalizar-nos na interação entre os seus membros e não apenas em cada elemento familiar individualmente. No entanto, convém lembrar, que cada elemento familiar, por sua vez é um subsistema e um sistema. Um sistema individual é também uma parte como um todo, tal como uma família (Wright & Leahey, 2012)

Para uma abordagem à família e aos respetivos membros, numa visão holística e multidimensional, surge a necessidade de utilização de um modelo de orientação para uma intervenção mais efetiva enquanto futuro enfermeiro ESMP. O modelo teórico de Enfermagem de Betty Neuman - Modelo dos Sistemas (Neuman & Fawcett, 2011), permite uma atuação tendo em conta que o indivíduo se encontra inserido num sistema, seja ele o familiar, a comunidade ou uma instituição hospitalar, em que no seu processo saúde-doença está em permanente interação com o meio ambiente e é afetado por diferentes fatores de stress, causando-lhe desequilíbrio. As intervenções de Enfermagem têm lugar quer neste desequilíbrio (potenciando os recursos do utente e trabalhando com ele para que atinja novamente o equilíbrio e bem-estar do seu sistema), quer na fase de equilíbrio (permitindo ao utente manter a sua homeostasia por um período mais prolongado). O modelo de Neuman fornece uma base unificadora para abordar uma ampla gama de preocupações em Enfermagem, salientando o foco no bem-estar do sistema do utente em interação com os stressores do ambiente (que podem vir do interior ou do exterior do sistema), e o comportamento do sistema do utente face ao stress. O modelo centra-se no conceito de holismo, que abrange tanto a vertente filosófica como biológica, incluindo a conceção de liberdade dinâmica e da criatividade como uma totalidade, relacionando-se entre si à medida que o sistema responde aos stressores dos ambientes externo e interno (Tomey & Alligood, 2004). Esta perspetiva teórica de Enfermagem centra-se na interação entre o sistema do utente e o ambiente, sendo também o stress e a reação a este, dois principais componentes a ter em conta. O modelo é muito amplo e pode ser aplicado em múltiplos contextos (Braga et al., 2018; Lima, 2014; Martins et al., 2016). Neste modelo, os diagnósticos de Enfermagem consistem em determinar quais os fatores de stress ou variáveis que põem em risco a estabilidade do utente, tendo em conta as perceções quer do mesmo quer do enfermeiro. Ao planear metas de Enfermagem estabelecem-se prioridades e objetivos a curto e longo prazo, que incluem as negociações entre o enfermeiro e o utente, assim como as estratégias de intervenção para manter, reter e atingir a estabilidade do sistema do utente. A avaliação é feita confirmando se a mudança desejada ocorreu ou reformulando novas estratégias. Determinar o significado do que acontecerá aos utentes e suas situações, as suas relações mútuas com a avaliação inicial e com a competência funcional, permite a avaliação da relação enfermeiro/utente e permite também a recolha de dados para futuras avaliações e respetivos planeamentos. O Modelo Teórico de Betty Neuman permite ter uma visão multidimensional permitindo ao enfermeiro a intervenção sob a pessoa, família ou comunidade quando estes interagem com fatores de stress ambientais, desencadeando fatores

de reconstituição ou de adaptação aos três níveis de prevenção. As necessidades expressas pelo utente surgem de fontes de stress (sentimentos de ameaça, conflito, frustração ou de perda) às quais é necessário dar resposta (Selye, 1975), citado por Chalifour (2008, p. 86) define stress como “... *uma resposta não específica do organismo a toda a solicitação que lhe é feita (percebida como agradável ou desagradável) e que se traduz por num síndrome específico - síndrome geral de adaptação*”, Chalifour (2008), utilizando a definição de stress de Lazarus e Folkman (1984) refere que “... *stress psicológico é uma relação particular entre a pessoa e o ambiente que é percebido pela pessoa como exigindo ou excedendo os seus recursos e ameaçando o seu bem-estar*” Chalifour (2008, p.89). A resposta ao stress surge através de mecanismos de *coping*, que dependem dos recursos da própria pessoa, da sua capacidade de os mobilizar corretamente e também dos fatores relacionados com o ambiente externo. Chalifour (2008, p.22) encara também a pessoa como “... *um sistema aberto formado por componentes físicas, afetivas, cognitivas, sociais e espirituais*”. Desta forma, é necessário encarar o utente como um todo, conseguindo assim que uma necessidade expressa possa também ser uma fonte de informação sobre aquela pessoa, facilitando a relação terapêutica que se está a tentar estabelecer. Temos assim a família como um sistema complexo em interação constante com um macrossistema (sociedade em que se insere) e a nível micro constituído pelos elementos que a integram (indivíduos com as suas características, personalidade e papel dentro da família). Em termos temporais e de acordo com o modelo de Rolland Marsh (1998) temos de considerar a interação entre dois ciclos dentro da família: ciclo individual (criança, adolescência, adulto, idoso) e o ciclo familiar. Não podemos esquecer que o enfermeiro é também em si pessoa, um sistema composto por subsistemas, e para exercer em pleno a sua atuação constitui-se como elemento terapêutico, por isso, “... *é essencial que tenha elevados conhecimentos e consciência de si mesmo*” (Chalifour, 2008, p. 23). Assim, e vendo esta relação de uma forma mais ampla, temos também um sistema aberto em que os subsistemas utente, enfermeiro e ambiente interagem e no qual se desenvolve a relação, estando em permanente troca de energias e de informação entre si e per si, tendo como finalidade última satisfazer as necessidades do utente para que este se torne o mais autónomo possível no seu quotidiano e com qualidade (Neuman & Fawcett, 2011). Todos os principais conceitos do modelo são fulcrais, não só para a perceção do mesmo, mas também para que sejam prestados cuidados de saúde de qualidade e equitativos aos clientes (Costa et al., 2021).

2 ANÁLISE DO PROCESSO DE CUIDADOS EM CONTEXTO DE UNIDADE DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS EM UTENTES EM FASE AGUDA

Este capítulo contempla uma breve caracterização dos locais de estágio, no sentido de esclarecer a dinâmica de trabalho desenvolvido ao longo dos mesmos, na prática supervisionada, com subsequente justificação para essa escolha. De seguida serão apresentadas as intervenções planeadas e executadas no estágio, e a análise e reflexão crítica do estudo de caso desenvolvido no contexto.

2.1 Caracterização do contexto de prestação de cuidados em unidade de internamento de agudos

A Unidade de Agudos onde realizei estágio, tem como missão garantir a prestação de cuidados especializados de psiquiatria e saúde mental, em tempo oportuno, de forma integrada, em todo o ciclo da doença e em todo o ciclo de vida, prestados por profissionais qualificados. Para esse efeito, a atividade da unidade assenta em três pilares: clínica assistencial, da infância à senescência, formação, ensino e investigação. Na dimensão assistencial constitui o Serviço Local de Saúde Mental da área de influência do hospital e, em simultâneo, constitui-se como espaço de formação de médicos e enfermeiros especialistas. Por integrar um hospital universitário, constitui também um espaço de ensino e investigação da medicina e Enfermagem, na área da saúde mental.

O Serviço de Psiquiatria é constituído por equipa médica (médicos psiquiatras e médicos internos de formação específica de psiquiatria), equipa de Enfermagem, equipa de terapia ocupacional, equipa de assistentes técnicos e equipa de assistentes operacionais. O Serviço conta também diariamente com a colaboração das equipas de Psicologia e Serviço Social, bem como de Dietista. Tem como objetivo prestar os melhores cuidados de tratamento psiquiátrico e reabilitação psicossocial num serviço público de psiquiatria de referência, com uma missão de formação pré e pós-graduada e investigação, com elevados níveis de competência, inovação e excelência.

Relativamente à lotação do serviço existem um total de quinze vagas para utentes do sexo feminino e outras quinze para o sexo masculino, separadas fisicamente e com dois gabinetes de trabalho de Enfermagem respetivamente. Contudo, pelas recentes alterações decorrentes da reconfiguração dos serviços e integração dos cuidados de saúde, com a formação das novas

e recentes Unidades Locais de Saúde (ULS), o serviço viu-se obrigado a aumentar o número de vagas para dar resposta aos utentes com necessidades de cuidados agudos, pelo que de momento o internamento apresenta mais cinco vagas. Esta alocação de vagas continua a ser volátil, de acordo com as necessidades do serviço, bem como das necessidades dos utentes internados, como já foi referido anteriormente. Este fato traduz um maior trabalho de toda a equipa, pela gestão de altas, pelo que é necessário identificar pelo menos três utentes com prioridade para serem transferidos para outros serviços hospitalares, caso seja necessário.

No que diz respeito à equipa de Enfermagem é constituída por vinte e três enfermeiros, incluindo o(a) Enfermeiro(a) com funções de chefia. A maioria detém especialidade em ESMP (aproximadamente 83 %), um outro(a) enfermeiro(a) é psicólogo(a) clínico(a) cumulativamente; existindo também um(a) enfermeiro(a) especialista em Reabilitação e os restantes enfermeiros são de cuidados gerais (17%).

Em relação aos utentes internados durante o período de estágio existiam mais internamentos involuntários, bem como alguns utentes a aguardar resposta social, mantendo-se alguns utentes com psicoses em estudo, muitas delas associadas a consumos de substâncias; alguns utentes com depressão major, bem como a existência da alta prevalência de utentes internados, maioritariamente do sexo feminino com transtornos de perturbação de personalidade, comportamentos autolesivos e ideação suicida.

2.2 Atividades desenvolvidas

Neste contexto de cuidados sentimos a necessidade de envolver as respetivas famílias no plano individual de cuidados do utente, com o objetivo de os cuidados prestados serem mais eficazes e eficientes, obtendo-se ganhos em saúde. Existe a necessidade de os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros ESMP realizarem a avaliação e intervenção familiar do utente internado. Para tal, consideramos ser necessário em primeiro lugar, aquando da admissão do utente no serviço, durante a realização da avaliação inicial ou nas setenta e duas horas subsequentes convocar a respetiva família para uma entrevista, detetando assim a dinâmica de relações entre os diferentes membros da família, as suas crenças, conhecimentos e as necessidades subjacentes à prestação de cuidados do seu familiar internado, o que atualmente ainda não acontece. Deste modo, pensamos que seria importante desenvolver e implementar um protocolo de avaliação e intervenção familiar, para ser aplicado a todos os utentes internados, nas admissões dos utentes pela equipa de Enfermagem.

Neste sentido, consideramos que seria necessário dotar os enfermeiros de maior conhecimento por forma a consciencializar os mesmos, e a motivá-los para a inclusão da intervenção familiar como um procedimento a adotar. Nesta perspetiva, seria oportuna a realização de formações em serviço acerca da temática, bem como a implementação de um programa de avaliação e intervenção familiar a ser executado gradualmente. Tínhamos por base, um estudo de investigação realizado em Unidades de Saúde Familiar (USF) da região Centro de Portugal, que demonstrou que os enfermeiros têm atitudes de suporte à família, conhecimentos e competências na avaliação familiar, após a implementação de programas interventivos de avaliação familiar, permitindo através dos mesmos a transferência de conhecimento e desenvolvimento de competências dos enfermeiros neste âmbito (Henriques & Santos, 2019).

Com a integração no serviço e na equipa, tivemos oportunidade de realizar várias atividades na prestação de cuidados diretos ao utente de acordo com as suas necessidades.

O fato de ter no decurso do estágio vários enfermeiros de atestado médico e algumas mudanças na organização e dinâmica do contexto condicionou, em parte, a implementação do projeto previamente pensado no módulo I. Inicialmente, tínhamos planeado desenvolver formação no grupo de enfermeiros, de forma que estes integrassem e envolvessem a família nos cuidados de saúde, dando resposta às necessidades da mesma. Contudo, com turnos extras para realizarem, os enfermeiros não dispunham de tempo para integrarem a formação planeada. A esta dificuldade somava-se a lotação completa do serviço, exigindo uma avaliação e gestão contínua dos utentes a transferir em caso de necessidade, o que originou um menor tempo de permanência dos utentes no serviço. Outro fator que importa referir, é este contexto estava a vivenciar uma reconfiguração dos serviços com vista a criação de uma ULS, e a preparar a mudança física do serviço para outro hospital por motivo de obras. Para além disso, as características dos utentes internados, nomeadamente a existência de muitas situações de utentes internados sem retaguarda familiar, a aguardar resposta social, bem como, muitos internamentos involuntários, comprometeu a execução de intervenções previamente planeadas, assim como, da maioria das intervenções psicoterapêuticas. Estas dificuldades associadas, não permitiram o investimento necessário na intervenção dirigida a família enquanto projeto a implementar.

Dirigimos assim, a nossa atuação para intervenções individuais, realizando admissões onde foram efetuadas a entrevista clínica com recurso a administração de escalas e a observação para a recolha de dados dos utentes e respetivas famílias. Foi possível realizar sempre o genograma e ecomapa familiar, e utilizamos este recurso como uma ferramenta indireta para partilhar na equipe as suas vantagens. No estudo de caso procuramos convocar a pessoa significativa do utente, com quem coabita para entrevista, mas esta apresentava dificuldades de mobilização, inviabilizando a intervenção. Para contornar esta dificuldade, sugerimos a realização da entrevista no domicílio, no entanto, uma vez que o contexto clínico de estágio

era de internamento de agudos, tal não foi possível. Ainda assim, optamos pela escolha da realização da entrevista por telefone, mas a mesma não se concretizou, pois a familiar (mãe da utente já com alguma idade, não consegue usar o telefone).

Apesar destas limitações, não deixamos de tentar sempre que possível abordar a família. Realizamos psicoeducação quer ao utente, bem como às suas famílias no momento da alta.

As intervenções psicoterapêuticas realizadas neste contexto, foram maioritariamente a escuta ativa e o aconselhamento. Do contato com as famílias de alguns utentes internados, pude constatar que estas por vezes, encaram o internamento do seu familiar doente, como uma “escapatória” às suas dificuldades diárias, vendo o mesmo como um “alívio”. O internamento muitas das vezes ainda é a primeira e última resposta para algumas destas famílias. A ausência de sistematização nas respostas às necessidades destas famílias dificulta a obtenção de resultados efetivos e eficazes, mantendo-se as frequentes recaídas e reinternamentos, dando origem ao conhecido fenómeno da “porta giratória” de entrada dos utentes nos internamentos, por falta de acompanhamento na comunidade, o que em, certa medida é incongruente com as novas políticas de saúde, onde está preconizado cada vez mais a desinstitucionalização dos utentes e o seu tratamento em contexto comunitário.

De acordo com a evidência científica, esta situação pode em parte ser explicada pelas abordagens atuais serem insuficientes e limitadas nas respostas às necessidades. Os estudos de investigação também sugerem que os atuais diagnósticos, classificam as perturbações mentais de forma isolada, podendo não ser adequados para a natureza dinâmica e interligada destas perturbações. Estes estudos sugerem que os atuais paradigmas de tratamento sejam reconsiderados e se desenvolvam novas abordagens mais holísticas e centradas nos utentes e suas famílias (Menzies et al., 2024)

Relativamente aos diagnósticos de Enfermagem mais frequentes, constatamos serem alterações do pensamento com presença de atividade delirante, alterações de comportamento com manifestações de inquietação e agressividade, maioritariamente associados a consumo de substâncias; humor comprometido com sintomatologia depressiva e/ou ansiosa, bem como a alta prevalência de comportamentos autolesivos e ideação suicida.

De modo a sistematizar a intervenção realizamos um estudo de caso a um utente de quarenta anos de idade, casado, internado por tentativa de intoxicação com monóxido de carbono, com ideação suicida presente, que aceitou voluntariamente o internamento.

Efetuamos a entrevista clínica cujo principal objetivo foi recolher informações precisas e amplas que permitissem orientar o pensamento para um diagnóstico de Enfermagem ou para a caracterização de um problema (Sequeira & Sampaio, 2020).

No decurso da entrevista clínica, foram-lhe aplicados o Inventário de Depressão de Beck (BDI - II), que apresentou um score total de 33, que indica depressão severa, e o questionário de ideação suicida, com score inferior a 41, que indica baixo risco de tentativa de suicídio. Foi igualmente aplicado NGASR (Nurses' Global Assessment of Suicide Risk), versão portuguesa (Façanha, 2013), com score de 4 que indica nível de baixo risco, tendo sido extraídos destes o diagnóstico de Enfermagem de humor deprimido e ideação suicida.

No caso clínico em estudo os domínios de Enfermagem selecionados tiveram em conta a avaliação inicial (global) e específica do utente, pelo que foram então selecionados os domínios que a seguir se apresentam:

Pensamento, tendo em conta que o utente apresentou pensamentos e cognições sobre como acabar com a própria vida, com estruturação mental do plano e com passagem ao ato (tentativa de intoxicação por monóxido de carbono). Deste modo, torna-se prioritário intervir ao nível cognitivo de modo a ajudar a pessoa a perceber que na maioria das vezes está a sobrevalorizar negativamente uma determinada situação, e desvalorizando a sua capacidade de a enfrentar (Hofmann, 2004). A intervenção a nível cognitivo tem como objetivo ajudar a pessoa a observar e a controlar os pensamentos negativos e irracionais, a constatar as evidências favoráveis e contrárias aos pensamentos negativos e irracionais, a correção das falsas interpretações por interpretações baseadas na realidade, isto é, visa ajudar a pessoa a identificar os pensamentos automáticos distorcidos, questionar as bases desses pensamentos à luz das evidências reais e construir alternativas menos tendenciosas e padronizadas (Silva & Brandão, 2012). Esta reestruturação cognitiva consiste em corrigir as avaliações erradas que a pessoa faz das sensações corporais vivenciadas como ameaçadoras. Para isso, ajudamos a pessoa a identificar pensamentos distorcidos para que possa substituí-los por outros mais objetivos, o que resultará na modificação das suas cognições e atitudes perante eventos adversos. A reestruturação cognitiva levanta hipóteses relativamente à forma como a pessoa construiu a sua realidade e analisa os padrões de pensamento gerados por essa construção. Se os pensamentos gerados forem desadequados pode criar conflitos e sofrimento na pessoa (Santos et al., 2020). Os autores acrescentam que as situações em si não determinam diretamente como alguém se irá sentir, mas antes, são os seus juízos de valor e as suas cognições ou interpretações que provocam uma resposta emocional específica. A reestruturação cognitiva ajuda a pessoa a compreender que há coisas positivas e negativas na vida, e permite ainda ajudar a encontrar estratégias para ultrapassar as dificuldades ou as situações stressantes quando estas surgem. Aaron Beck foi o mentor da "terapia cognitiva", tendo concebido uma psicoterapia para a depressão, estruturada de curta duração e voltada para o presente. O tratamento está baseado em uma formulação cognitiva: as crenças mal-adaptativas, as estratégias comportamentais e a manutenção dos fatores que caracterizam um transtorno específico. Este tratamento também

passa pela conceitualização, ou compreensão, de cada utente e das suas crenças subjacentes específicas e padrões de comportamento (Beck, 2022).

Emoção, pois há alterações das características do humor, nomeadamente, tristeza persistente, desesperança, isolamento, diminuição acentuada de interesse nas atividades que anteriormente lhe davam prazer, com o agravamento da sintomatologia depressiva (score BDSI II = 33), que indica depressão severa. A sensação de inutilidade, desesperança e desvalorização de si mesmo são manifestações clássicas de humor depressivo. Quando uma pessoa se encontra com humor depressivo geralmente apresenta sentimentos de como se não tivesse valor ou propósito. Por outro lado, para o indivíduo, as pessoas no contexto em que está inserido, não revelam interesse pelo mesmo ou apenas socializam por obrigação, o que pode influenciar os sentimentos de isolamento e solidão (Gotlib & Joormann, 2010). Paralelamente, existe uma sensação de fracasso total da sua vida, bem como sentimentos de culpa em todas as atividades de vida realizadas, que se verificava no presente caso.

Autoconceito, uma vez que o utente apresenta sentimentos de desvalorização pessoal e releva uma imagem mental negativa de si própria em dissonância da realidade. O autoconceito pode ser definido como a perceção que o indivíduo tem sobre si, formando, a partir daí, o seu próprio conceito. Surge um conjunto de cognições que a pessoa constrói sobre si mesma, perante as diferentes tarefas do dia-a-dia. O indivíduo cresce a realizar avaliações cognitivas sobre o “eu”, tendo em conta crenças, representações e descrições. Junta-se a isto a comparação que faz com os outros, o efeito dos seus desempenhos e o reconhecimento por parte dos pares. O autoconceito vai sendo influenciado por diversos acontecimentos e pelas pessoas que lhe são significativas. É um processo lento e que vai acontecendo ao longo da vida, podendo ser modificável, consoante as diversas experiências e relacionamentos. Assim sendo, o autoconceito vai afetar o comportamento, o desempenho e o ajustamento individual, podendo fazê-lo de forma negativa se o mesmo se encontrar comprometido (Santos et al., 2017). As experiências de fracasso poderão resultar em desmotivação e desmoralização, comprometendo a perceção que o indivíduo tem sobre si e tornando-a negativa. De acordo com Nunes (2018), o défice de autoestima poderá relacionar-se com a presença de doença mental, tornando-se um ciclo vicioso, já que uma leva à outra, e vice-versa. A presença de uma autoestima positiva torna-se essencial para a resolução de problemas de vida e para a construção de relações interpessoais saudáveis. A diminuição da resiliência e baixa autoestima poderão levar a uma maior exposição ao stress, dificultando a capacidade do indivíduo para enfrentar as adversidades. Poderá, desta forma, culminar em ansiedade, depressão impulsividade e comportamentos agressivos (Carvalho et al., 2016). Podemos encontrar a noção de "autoconceito" em várias fontes. Por exemplo, para a CIPE (2019), o autoconceito representa: um tipo de adaptação com as seguintes características específicas: disposições que se tomam para cuidar do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar ativo, manejar as

suas próprias necessidades básicas e íntimas e as atividades de vida. Se atendermos a Sequeira (2006), o autoconceito define-se como " (...) o conceito que o individuo faz de si próprio como um ser físico, social e espiritual ou moral" (Sequeira, 2006, p. 57). Nessa medida e a partir de acontecimentos pessoais, a pessoa torna-se objeto da sua própria observação. Da mesma resulta um conjunto de percepções sobre si próprio (autoimagens) que procura dar resposta a questões existenciais. Afinal, "Quem sou eu"? "Como sou eu?". Mas esse construto, hipotético, como se percebe não é um processo solitário. Na verdade, sofre várias influências. Assim, contribui para o mesmo a educação recebida, bem como as mensagens transmitidas pelas pessoas significativas, pelos pares e pelo meio envolvente. De facto, aquilo que a pessoa crê sobre si mesma resulta muito da interpretação que faz da forma como as outras a veem e como agem em relação a si própria. Desse modo, pode falar-se num "fenómeno em espelho" que modela o "Eu social" (aquele que se desenvolve num contexto de experiências interpessoais). A avaliação que o individuo faz ao seu comportamento depende das avaliações feitas pelos outros, de um sentido de valor que lhe é atribuído. O individuo necessita de ser aceite e ser autónomo e competente, em áreas valorizadas por ele e pela sociedade. O autoconceito encontra, pois, significado na interação social com os outros. Sendo uma força motivadora, é crucial para um bom funcionamento pessoal, como a capacidade de resolver problemas e desempenhar tarefas e o desenvolvimento de procedimentos integrativos e adaptativos. Um bom autoconceito traduzir-se-á assim de forma positiva no individuo, levando à sua autorrealização e à realização do seu verdadeiro potencial. Entra em jogo a sua "autoestima", sendo esta uma dimensão do autoconceito, a afetiva. Não será mais do que a atitude do individuo para consigo próprio, relacionado com os aspetos avaliativos e emocionais. Enfim, é uma espécie de mediador entre o estímulo social e a resposta do individuo a esse estímulo, propiciando uma relação social saudável, o uso dos seus recursos interiores e a aprendizagem. Neste quadro, destaca-se também o "autoconceito real" (a percepção do que é na realidade) com o "autoconceito ideal" (como o individuo sente que deveria/gostaria de ser). O desfasamento entre os dois poderá levar a um "autoconceito comprometido". Segundo o autor já citado (Sequeira, 2006), indivíduos com o autoconceito comprometido manifestam apreensão face à realidade, tendência depressiva e, eventualmente, ansiedade e tensão nos seus relacionamentos. *"Isto significa que o autoconceito influencia o comportamento de qualquer pessoa no seu dia a dia"* (Sequeira, 2006, p. 60). E que permite descrever, explicar e prever o comportamento humano, como a pessoa se percebe e considera a si própria. Selecionamos ainda os domínios: Sono e cuidar da higiene pessoal, mas após avaliação inicial, não se verificou compromisso nestes domínios.

Atendendo ainda ao motivo de internamento do utente no serviço (tentativa de intoxicação com monóxido de carbono), definimos como domínio prioritário o Pensamento, em que foi identificado o diagnóstico de Ideação Suicida, devido ao risco acrescido, pela sua profissão.

Definimos os objetivos e prioridades no planeamento de cuidados:

- Promover consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o equilíbrio do humor;
- Apresentar consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo;
- Demonstrar conhecimento sobre estratégias promotoras de equilíbrio do humor;
- Demonstrar conhecimento sobre a relação entre o pensamento positivo e a valorização da vida;
- Revelar pensamentos sobre si e/ou sobre o seu desempenho positivos;
- Revelar opinião ou imagem de si mesmo em concordância com a realidade;
- Melhorar o autoconceito;
- Apresentar vontade de viver;
- Apresentar esperança e otimismo;
- Apresentar autovalorização;
- Apresentar interesse e prazer nas atividades;
- Apresentar sentimentos ou comportamentos de valorização pessoal;
- Verbalizar identificação espacial/temporal de si mesmo;
- Demonstrar conhecimento sobre estratégias de prevenção de suicídio.

Com os objetivos estabelecidos, pretendeu-se:

- Que o utente melhorasse o seu autoconceito;
- Que o utente revelasse sentimentos e/ou apresente comportamentos de valorização pessoal;
- Que o utente revelasse pensamentos positivos sobre si (inclui aparência física) e/ou sobre o seu desempenho;
- Que o utente revelasse opinião ou imagem mental positiva de si mesma em consonância com a realidade;
- Que o utente apresentasse melhoria significativa da sintomatologia depressiva, bem como do seu estado de humor;
- Que o utente apresentasse sentimentos de esperança, otimismo e de valorização pessoal;
- Que o utente identificasse e soubesse lidar mais eficazmente com os seus pensamentos automáticos de desvalorização pessoal;

- Que o utente identificasse e conseguisse substituir as suas distorções cognitivas disfuncionais por pensamentos alternativos mais desejáveis;
- Que o utente apresentasse vontade de viver.

Desenhada a conceção de cuidados, a intervenção passou maioritariamente por disponibilizar suporte e apoio emocional, bem como, a escuta ativa e a reestruturação cognitiva. Esta última, é uma intervenção psicoterapêutica que consiste em desafiar o utente a alterar padrões de pensamento distorcidos e a encarar o seu *self* e o ambiente de forma mais realista (Butcher et al., 2018). Passa por envolver o utente com uma participação ativa do mesmo, sugerindo trabalhos de casa para que este colha dados que lhe permitam avaliar se os seus pensamentos, sentimentos e atribuições são suportadas empiricamente. Frequentemente os dados empíricos não suportam esses mesmos pensamentos, sentimentos e/ou atribuições. Esta evidência é usada como parte do processo de reestruturação cognitiva para que se possa caminhar no sentido de corrigir os vieses cognitivos (Mckay & Tryon, 2017). O objetivo principal da reestruturação cognitiva é promover a mudança dos esquemas cognitivos através da exploração, avaliação e substituição de pensamentos, apreciações e crenças mal-adaptativas que são responsáveis pelas alterações psicológicas (Burns & Beck, 1978; Clark, 2014; Dobson & Dozois, 2010; Hollon & Dimidjan, 2009; Ordem dos Enfermeiros, 2023).

Após o planeamento concretizamos a nossa intervenção em 5 sessões com o utente:

- Sessão Inicial 0 - 30/09/2023
- Sessão 1 - Inicial - 02/10/2023
- Sessão 2 - Exploração - 04/10/2023
- Sessão 3 - Compreensão - 08/10/2023
- Sessão 4 - Instrução e Treino - 10/10/2023
- Sessão 5 - Conclusão - 11/10/2023
- A primeira sessão - inicial 0 com o utente conduziu a uma avaliação mais detalhada, à confirmação de dados relevantes para a conceptualização e confirmação dos diagnósticos de Enfermagem bem como, a explicação do respetivo plano terapêutico proposto ao utente. Os principais objetivos desta sessão passaram por continuar a desenvolver a relação terapêutica, aumentar a esperança do utente e familiarizá-lo com a reestruturação cognitiva comportamental, abordando a desesperança e o ceticismo, definir objetivos e esclarecer expectativas do utente com a intervenção,

realizar o resumo da sessão e obter *feedback* da sessão por parte do utente. (Beck, 2022). Nesta primeira sessão foi ainda concretizado o contrato terapêutico por escrito com o utente, para o desenvolvimento das sessões, bem como a definição do(s) objetivo(s) específico(s) da intervenção. Na final da mesma, após o resumo da sessão foi proposto e negociado com o utente uma tarefa a ser realizada até a sessão seguinte, que no caso, foi o registo diário de pensamentos. Neste contexto, comecei por planear a sessão 1 de iniciação (Anexo I), com uma abordagem integrativa das diferentes técnicas das escolas da Psicoterapia. Contudo no decorrer da mesma, senti a necessidade por parte do utente em continuar a partilhar os seus sentimentos e emoções, bem como os seus pensamentos e reações, que o mesmo planeamento não foi totalmente cumprido, pelo que teve de ser alterado, mas pensamos ter sido mais benéfico para o utente, uma vez que se pressupõe um dinamismo e flexibilidade deste processo terapêutico.

- Nas sessões intermédias (Anexo I), foram trabalhadas as questões do pensamento, promovendo uma autorreflexão por parte do mesmo, com o intuito de ajudar o utente a identificar alguns pensamentos automáticos e algumas distorções cognitivas, levando-o a questionar a veracidade dos mesmos. Foi também explicado ao utente que tais autoverbalizações medeiam as suas emoções, assim como, uma análise mais lógica da realidade, com o objetivo, que o mesmo identificasse e reconhecesse a irracionalidade de algumas das suas crenças nucleares face à realidade concreta. Foram igualmente trabalhadas algumas estratégias de coping utilizadas, bem como, a identificação de recursos (internos e externos), ou de pessoas significativas, a utilizar em situações de crise, após a alta clínica.
- Na sessão final (Anexo I) foram discutidos e revistos alguns progressos do utente, reforçando-os positivamente e enfatizando o seu papel ativo nessas mudanças positivas. Foi igualmente incentivado à manutenção da automonitorização dos seus pensamentos, mas sem juízos de valor associados ou sentimentos de culpa, bem como, uma reflexão diária ou semanal breve (dez - quinze minutos), para autoavaliar o seu humor, o uso de estratégias de resolução de problemas ou sentimentos que possam estar a afetar o seu humor. Por último, foram trabalhadas as atividades planeadas para o futuro, treinando situações hipotéticas no seu regresso a casa e/ou trabalho, tendo sido sugerido consultas de acompanhamento, bem como Psicoterapia.
- De referenciar que no presente caso, apesar da avaliação familiar ter sido efetuada, não foi possível dar continuidade à intervenção, uma vez que a sua esposa não se demonstrou disponível para a mesma, alegando motivos laborais, e só visitando o marido aos domingos. Relativamente aos pais do mesmo, não tinham visitas autorizadas como medida terapêutica.

Em modo de conclusão, desenvolvi um raciocínio sistémico, com o objetivo de prestação de cuidados de enfermagem holísticos. Para tal, utilizei uma abordagem humanista, com comunicação assertiva, não diretiva, demonstrando interesse e disponibilidade para ajudar o utente, mas com a convicção que o ser humano possui uma capacidade inata de adaptação, mas principalmente de resolução dos seus próprios problemas, desde que com a orientação especializada e mais adequada. Nesta linha de pensamento, uma vez que o utente em questão apresenta problemas emocionais; bem como, de relacionamento intrapessoal, interpessoal e com o meio envolvente; com manifestações comportamentais; e, tendo em conta que este seu primeiro ato suicida poderá ser encarado como um "grito de socorro" ou pedido de ajuda" faria sentido prescrever a intervenção psicoterapêutica relação de ajuda. Contudo, o utente apresentava pensamentos automáticos de desvalorização pessoal e baixa autoestima, com distorções cognitivas de maximização e generalização, do tipo "tudo ou nada"; "preto ou branco", a prescrição da intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica mais adequada foi a reestruturação cognitiva.

Ao longo do internamento, bem como no desenvolvimento das sessões de intervenção psicoterapêutica de reestruturação cognitiva o utente apresentou alguma melhoria significativa, principalmente nos diagnósticos de enfermagem de Humor depressivo e ideação suicida. Os resultados obtidos contemplam a intervenção global do utente e não apenas à intervenção psicoterapêutica de reestruturação cognitiva. Contudo, na avaliação das mesmas e no decorrer do seu desenvolvimento, o utente verbalizou sentimentos positivos com benefícios a todos os níveis, referindo que sentia falta de mais intervenções e estratégias desenvolvidas em contexto de sessão no internamento.

3 ANÁLISE DO PROCESSO DE CUIDADOS EM CONTEXTO DE CUIDADOS DIFERENCIADOS

Neste capítulo, após a caracterização do contexto e considerando as diferentes etapas do processo de cuidados, apresentam-se na apreciação inicial, a informação do utente e família para o estudo de caso selecionado para apresentação no presente relatório, estando garantidas e salvaguardadas todas questões de confidencialidade dos intervenientes. Os dados foram colhidos através de diferentes técnicas, como a observação, contato telefónicos e reuniões com os familiares, entre outras. As etapas seguintes apresentam o raciocínio clínico e exploram as possibilidades de intervenção terapêutica cuja evidência sugere poderem ser eficazes na situação clínica deste (s) utente (s) ou de outros de características semelhantes, culminando com a apresentação do processo de cuidados instituído.

3.1 Caracterização do contexto de prestação de cuidados em unidade de prestação de cuidados diferenciados

O desenvolvimento de novas formas assistenciais cada vez mais humanizadas levou a criação de hospitais de dia como uma fase de transição, permitindo a promoção progressiva de autonomia e das competências sociais. De acordo com a portaria n.º 207/2017, entende-se por “Hospital de dia”, a unidade orgânico-funcional de um estabelecimento de saúde, com espaço físico próprio e meios técnicos e humanos qualificados, onde o doente recebe cuidados de saúde de diagnóstico ou terapêutica de forma programada e permanece sob vigilância médica ou de enfermagem, por um período inferior a 24 horas (Diário da República n.º 132/2017, Série I de 2017-07-11, 2017).

Segundo Schene et al., (1988), citados no parecer da mesa do colégio da especialidade de saúde mental e psiquiátrica, os Hospitais de Dia de Psiquiatria têm vindo a ganhar terreno e a tornar-se progressivamente mais comuns. No que concerne ao seu domínio funcional, estes podem ser categorizados em quatro grandes áreas de atuação: alternativa ao internamento total; follow-up de utentes após alta clínica de internamento total; extensão de tratamento em regime de ambulatório e estrutura de reabilitação psicossocial (Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica, 2023).

A partir da década 90 do século XX, começaram a ser realizados diversos estudos clínicos randomizados, com o objetivo de avaliar a eficácia dos tratamentos realizados em contexto de

Hospital de Dia. A Cochrane realizou a primeira meta-análise em 2003, comparando o tratamento em Hospital de Dia e o tratamento em regime de internamento total, para pessoas com doença mental aguda, tendo por base os estudos publicados desde 1964 a 2000. O estudo não encontrou diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito às melhorias ao nível do funcionamento social, ao número de dias de internamento, bem como, às taxas de remissão após a alta clínica. No entanto, com a realização deste estudo foi possível concluir que as pessoas tratadas em Hospital de Dia apresentaram uma remissão tendencialmente mais rápida dos sintomas psicopatológicos, assim como uma maior satisfação com o tratamento. De acordo com Marshall et al., (2011), após uma revisão da meta-análise anteriormente referida, com uma amostra de maior dimensão (2685 utentes), não foi possível observar os mesmos resultados, ainda assim, os autores concluíram que o tratamento de pessoas com doença mental aguda em contexto de Hospital de Dia é tão efetivo quanto aquele que é realizado em contexto de internamento total (Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica, 2023).

Este ensino clínico correspondente ao meu segundo momento de estágio, decorreu num Hospital de Dia de Psiquiatria e Saúde Mental, em contexto de respostas diferenciadas, no período compreendido entre 23 de outubro a 22 de novembro, num total de 90 horas. Este serviço encontra-se organizado em quatro áreas, nomeadamente a do adulto; do jovem; de terapias físicas e de intervenção comunitária, sendo esta composta por duas equipas comunitárias de saúde mental, distribuídas por área geográfica. O mesmo oferece horário flexível e plano terapêutico ajustado individualmente; grupos terapêuticos para crianças e adolescentes (gestão sócio emocional, treino de competências); psicodrama; espaço Família (orientação parental e espaço de suporte); terapia ocupacional; projetos de articulação com escolas e estruturas da comunidade; articulação com gabinete de Terapia Familiar/Grupos de Pais.

Contudo, desde a reorganização de todos os serviços hospitalares imposta pela contingência da pandemia Covid-19, e também por outros diversos fatores, algumas destas valências e serviços prestados ainda não retomaram o funcionamento da sua atividade normal.

No entanto, foram desenvolvidas outras abordagens terapêuticas em curso, como o caso da eletroconvulsivoterapia (ECT) e, mais recentemente, a Estimulação Magnética Transcraniana (EMT), a funcionar no serviço e que tive a oportunidade de observar e participar enquanto intervenção interdependente em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

No que diz respeito à lotação de utentes apresenta vinte vagas para integração em Hospital de dia, sendo alocadas dez vagas para a unidade do adulto e outras dez para a unidade do jovem, havendo por isso uma lista de espera, a qual é gerida de acordo com as necessidades dos utentes e serviço.

Em relação as perturbações psiquiátricas mais prevalentes no serviço, destacam-se as perturbações de personalidade (Borderline), assim como os primeiros surtos psicóticos, havendo também alguns casos de depressão major.

Relativamente à equipa de enfermagem a mesma é constituída por seis elementos, dois enfermeiros por cada unidade, sendo que apenas duas enfermeiras são especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (correspondente a cerca de 33%), as que integram a equipa comunitária local do serviço. De referenciar que as restantes enfermeiras do serviço possuem vasta experiência, com alguns anos de exercício profissional na área de saúde mental e de psiquiatria. No que diz respeito à constituição da equipa comunitária de saúde mental é multidisciplinar, integrando na sua constituição um médico psiquiatra, um enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, um técnico superior de serviço social, um terapeuta ocupacional, entre outros técnicos superiores, caso seja necessário, mediante referência interna, nomeadamente, psicólogos e nutricionistas/dietistas. De salientar, que as enfermeiras das repetitivas equipas funcionam por enfermeiro de referência, tendo dias fixos de atendimento de consulta de enfermagem, bem como, de intervenção comunitária para realização de visitas domiciliárias, uma vez por semana. De acordo com Decreto-lei n.º 113/2021, de 14 de Dezembro, uma vez as equipas comunitárias de saúde mental asseguram a prestação de cuidados a uma população de 50 000 a 100 000 habitantes, pela qual assumem responsabilidade, dando resposta às suas necessidades, em estreita articulação com os utentes e respetivas famílias e com os elementos significativos da comunidade; sendo também responsáveis por assegurar, em registo contínuo, todas as funções necessárias num nível de atendimento especializado e diferenciado, incluindo avaliação de necessidades, diagnóstico, consulta, intervenções terapêuticas, visitas domiciliárias; articulação com outras estruturas comunitárias com o objetivo de promover a saúde mental, nas vertentes da literacia e promoção da saúde, prevenção da doença, intervenção terapêutica e reabilitação psicossocial; articulação com os cuidados de saúde primários e cuidados continuados integrados; intervenção social; intervenções comunitárias centradas no utente; intervenções estruturadas, nomeadamente psicoeducativas, programas de tratamento assertivo, intervenção neuropsicológica, terapias de mediação corporal e terapia ocupacional (Diário da República, 2021). Assim sendo, nesta perspetiva os elementos que integram a equipa comunitária local, para dar uma resposta mais completa e eficiente, deveriam trabalhar única exclusivamente a tempo inteiro na mesma, o que na prática, no serviço onde realizei o estágio ainda não acontece.

Ainda, de acordo com o Decreto-Lei anteriormente referido, as equipas comunitárias de saúde mental desenvolvem as suas atividades fora do hospital, relativamente à população pela qual são responsáveis, em articulação com as outras áreas funcionais do respetivo serviço local de saúde mental, outras estruturas de saúde, locais de trabalho ou quaisquer entidades

significativas para a promoção da saúde mental, dispendo de instalações próprias e dos meios indispensáveis ao acompanhamento dos utentes no domicílio e à articulação com outras entidades (Diário da República, 2021). Uma vez mais, no que diz respeito às instalações próprias tal não acontece, uma vez que integram o espaço físico do serviço do Hospital de Dia, contudo dispõe de veículo próprio da equipa comunitária local, não havendo, no entanto, motorista, pelo que essa função é desempenhada pelos vários elementos da equipa de forma alternada.

As equipas comunitárias de saúde mental funcionam, em articulação com os cuidados de saúde primários, de acordo com os seguintes modelos: modelo de gestão de casos, no seguimento de pessoas com doenças mentais graves; e, modelo de cuidados colaborativos, no seguimento de pessoas com doenças mentais comuns. Até 2025, está prevista a criação de quarenta equipas comunitárias de saúde mental, conforme previsto no Plano de Recuperação e Resiliência (PRR). A partir de 2026, o número de equipas comunitárias de saúde mental a criar será fixado, anualmente, por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde (Diário da República , 2021).

Neste momento, com a nova reforma de saúde mental, onde está previsto um investimento público avultado, cerca de 88 milhões de euros, de acordo com PRR anteriormente referido, estão reunidas as condições ideais para os enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica ganhem espaço e se afirmem enquanto elementos fulcrais e pró-ativos em todos os contextos de saúde. Por outras palavras, deverão desempenhar o seu papel fundamental mobilizando as suas competências especializadas, de modo a aumentar o rastreio dos problemas de saúde mental, bem como, a respetiva intervenção precoce; desenvolver e participar em programas de promoção e prevenção; promover a redução do estigma e da discriminação e valorizar o trabalho em equipa multiprofissional, promovendo a articulação entre os diversos serviços de saúde.

3.2 Atividades desenvolvidas

Em contexto clínico de respostas diferenciadas, onde realizamos estágio em Hospital de Dia, apesar de continuar a sentir algumas dificuldades na realização da intervenção familiar, estas, porém não foram tão evidentes, pelo que consideramos este ensino clínico uma mais-valia para o desenvolvimento de competências no âmbito da intervenção familiar, bem como, as competências especializadas do EESMP.

De uma forma geral, foram várias as atividades e experiências vivenciadas ao longo de todo o estágio, das quais destacamos as atividades realizadas na unidade do jovem. As atividades

desenvolvidas com os mesmos, para além de enriquecedoras a todos os níveis, foram igualmente desafiantes, bem como nos obrigaram a uma mudança de estratégias planeadas e permitiram uma autorreflexão mais significativa. Pois a abordagem do EESMP com este grupo etário, obriga o mesmo a uma readaptação, com o objetivo de serem alcançados os resultados desejados.

A adolescência é um período marcado por alterações significativas, um período de mudança. Meleis (2012) refere-se a esta fase como um período de transição de desenvolvimento, onde os adolescentes se encontram a viver a transição da infância para a adolescência. Refere como papel fundamental da Enfermagem ajudar as pessoas a viverem as transições. As pessoas que vivenciam transições tendem a ser mais vulneráveis a riscos que podem afetar a saúde e o bem-estar (Meleis, 2012). Paralelamente, os jovens da atualidade vivem uma grande transformação a todos os níveis, a começar pela revolução tecnológica com a influência das redes sociais nas suas vidas, passando pela falta de preparação para a transição da idade adulta e, terminando com a sua independência e autonomia cada vez mais tardia. Estes fatores devem ser contextualizados e integrados na intervenção do EESMP, pois influenciam fortemente o sucesso das mesmas.

No que concerne aos diagnósticos, os mais prevalentes são as perturbações de personalidade (Borderline), assim como os primeiros surtos psicóticos, uma grande maioria associados a abuso de substâncias, estando maioritariamente estabilizados sob o ponto de vista psicopatológico.

De todas as atividades desenvolvidas de forma individualmente com os jovens, destacamos a escuta ativa, o aconselhamento e principalmente o treino e desenvolvimento de competências comunicacionais e sociais. No entanto, salientamos a intervenção em grupo onde foram dinamizadas algumas atividades criativas, para captar a sua atenção, com objetivo de facilitar a sua integração, bem como, no domínio da partilha de experiências pessoais e gestão das suas emoções.

Para além da intervenção com os jovens, também tivemos a oportunidade de atuar ao longo de todo o ciclo vital, quer seja no adulto e/ou idoso, quer na consulta de enfermagem com o enfermeiro de referência, bem como na administração de terapêutica. Importante referir que também observei e participei em reuniões alargadas com a restante equipa multidisciplinar que constituem a ELSM, onde realizam a gestão de casos. Pude observar, alguma dificuldade ao nível da articulação entre os diferentes agentes de saúde, nomeadamente, entre os cuidados diferenciados e os cuidados de saúde primários, bem como as estruturas da comunidade envolvidas. De destacar que os enfermeiros de referência, desenvolvem trabalho importante a esse nível, sendo responsáveis pela gestão do regime terapêutico dos seus utentes, sinalizando e encaminhando as situações com necessidades prementes, para a resolução das mesmas, bem como, convocatória e articulação com os Cuidados de Saúde Primários (CSP), entrando em contato com a Equipa de Saúde Familiar (ESF), para a resolução de situações de utentes, que

se encontram em incumprimento do regime medicamentoso, fulcral para a prevenção de recaídas.

Paralelamente, como já foi repetido anteriormente, também tivemos a oportunidade de observar participar em intervenções interdependentes enquanto EESMP, como a ECT e a EMT.

A EMT é uma técnica de neuromodulação, não invasiva, que consiste na aplicação de campos magnéticos pulsados capazes de gerar correntes elétricas de baixa intensidade no cérebro. Esta técnica é direcionada para casos graves e resistentes de patologia psiquiátrica, sendo nesta fase inicial utilizadas em casos de Depressão Major e de Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC).

Na área da intervenção familiar uma das atividades que consideramos de extrema importância, foi a possibilidade de observar e intervir no Grupo de Suporte Familiar existente no serviço para os familiares dos utentes com DMG. Esta experiência foi muito gratificante, uma vez que me permitiu observar diretamente a dinâmica e funcionamento do referido grupo. Este grupo existente no serviço é coordenado e dinamizado na sua maioria pelos médicos internos de psiquiatria, em colaboração com a restante equipa multidisciplinar, onde estão incluídos os EESMP. Na fase inicial das sessões, os familiares são convidados a partilhar as experiências que tenham ocorrido desde a última sessão, interagindo com os pares de modo a expor as suas principais preocupações e/ou emoções recentrando as suas expetativas. Posteriormente, são realizadas pelos dinamizadores de cada sessão, sessões temáticas com informação referente à DMG, que abordam desde a sintomatologia, questões comunicacionais e comportamentais, questões do auto-cuidado, bem como o respetivo tratamento e adesão terapêutica para prevenção de recaídas, entre outros. Estas sessões pretendem ser dinâmicas e interativas com todos os familiares presentes, para poder dar espaço não só a partilha de experiências de cada família, bem como esclarecer eventuais dúvidas dos mesmos. No final é pedido aos mesmos o feedback da sessão e agendada a próxima sessão.

Os estudos de investigação realizados com estes tipos de grupos demonstram a sua eficácia a todos os níveis, nomeadamente, revelam que os mesmos são um espaço de partilha de emoções e aprendizagem num ambiente natural, uma vez que os familiares são pares na adversidade, criando-se uma empatia grupal, facilitada pela partilha de situações semelhantes. O fato dos familiares verem pessoas que já viveram, ou estão a viver o mesmo que eles, e demonstram resiliência e esperança, faz com que se sintam mais energizados em momentos de insucesso e vão aprendendo a gerir e a aceitar a doença mental como uma doença de evolução prolongada. Os familiares desenvolvem a sua identidade, tornando-se mais reflexivos e tolerantes consigo próprios e com o outro, e de uma forma consciente ou não, vão reelaborando e encontrando novas respostas para a resolução dos seus problemas diários no seio da vida familiar. O grupo de suporte pela intensificação da partilha ajuda e permite aos familiares transformar a sua identidade ao reelaborar o cuidado de Si e do seu familiar, diminuindo o estigma e os

estereótipos sociais ao constatar diferentes maneiras de agir, motivar, ajudar, acreditar e aceitar. Passam a viver de forma continuada a procura de um reequilíbrio do quotidiano instável, assumindo o cuidado de si e do seu familiar doente, como um projeto de vida (Henriques et al., 2017).

De modo a sustentar a intervenção, a exemplo do estágio anterior, realizamos um estudo de caso, que recaiu em uma jovem de vinte e quatro anos de idade, em transição para a idade adulta, com internamento recente em contexto de agudos, após primeiro episódio psicótico. Foi integrada em HD onde lhe foi estabelecido o diagnóstico de Esquizofrenia. Segundo Meleis (2010), uma transição é uma passagem de uma fase da vida para outra, dando origem a um conceito que engloba múltiplos fatores e elementos que fazem parte deste processo. A mesma autora defende, que ajudar as pessoas a gerir as transições durante o seu ciclo de vida é uma competência chave da Enfermagem.

Importa referir que as transições são fruto do ciclo de vida de cada um de nós e à forma como vamos reagindo aos diferentes estímulos que nos vão surgindo, sendo que a resposta dada a um determinado estímulo é diferente em função dos conhecimentos que fomos adquirindo, o ambiente onde estamos inseridos, as expectativas que criamos, e as nossas vivências e experiências até aquele momento.

A Teoria das Transições de Meleis (2010) engloba as seguintes dimensões:

- Tipos e padrões de transições;
- Propriedades das experiências de transições;
- Condições da transição facilitadoras e inibidoras;
- Indicadores de processo;
- Indicadores de resultado.

A utente em causa atravessa uma transição do tipo saúde/doença, pois encontra-se estabilizada sob o ponto de vista psicopatológico, mas ainda em processo de recuperação funcional; o seu padrão é múltiplo, simultâneo, sequencial e relacionado, uma vez que a utente apresenta algumas dificuldades em adaptar-se a esta nova condição de saúde, nomeadamente questões de interação social, reintegração no mercado laboral, desafios na realização de tarefas, e desenvolvimento de competências.

Relativamente à duração da transição, esta ainda estava a decorrer, uma vez que, a utente estava aguarda a alta clínica do HD. A transição estava a ser influenciada por condições facilitadoras e inibidoras. Constitui-se uma condição inibidora, a ansiedade que desenvolve com situações geradoras de stress, como as entrevistas de emprego, e a consciencialização da necessidade de investir em algumas competências. Como condição facilitadora, sublinhámos o

apoio e suporte familiar e o fato da utente se encontrar motivada para a reintegração no mercado laboral, querer ser "independente" e ter uma ocupação profissional compatível com as suas capacidades onde se sinta realizada.

Quanto aos indicadores do processo (mestria e integração fluida), dizem respeito à aquisição de conhecimentos e estratégias, e uma vez que a transição ainda está a decorrer, não se pode afirmar se atingiu a mestria.

O diagnóstico de uma DMG como a Esquizofrenia nesta fase de transição da utente irá alterar toda a dinâmica familiar e pôr em evidência algumas fragilidades e dificuldades de toda a família, estando a mesma sujeita a uma potencial descompensação de um ou de mais dos seus membros. Estas alterações podem conduzir a reconfigurações dos papéis familiares alterando a dinâmica familiar. Deste modo, são várias as tensões que os membros da família podem sofrer, em consequência de responsabilidades acrescidas ou alteradas. Assim sendo, torna-se necessário dar resposta à reintegração da utente na sua vida prévia ao internamento, potenciando a sua máxima autonomização a todos os níveis, assim como, intervir junto dos seus pais na gestão de expectativas realistas, bem como ao nível de todos os domínios associados ao impacto do diagnóstico.

Em todo o mundo, estima-se que 10% a 20% dos adolescentes vivenciem problemas de saúde mental, mas permanecem diagnosticados e tratados de forma inadequada. Sinais de transtornos mentais podem ser negligenciados por uma série de razões, tais como a falta de conhecimento ou conscientização sobre saúde mental entre os profissionais de saúde ou o estigma que os impede de procurar ajuda adequada e diferenciada (OMS, 2023).

De acordo com a nova Lei de Saúde Mental, a doença mental é a condição caracterizada por perturbação significativa das esferas cognitiva, emocional ou comportamental, incluída num conjunto de entidades clínicas categorizadas segundo os critérios de diagnóstico da Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde (Decreto-Lei n.º 35/2023 de 21 de julho, 2023). No Decreto-lei anterior a DMG é definida como “doença psiquiátrica que, pelas características e evolução do seu quadro clínico, afeta de forma prolongada ou contínua a funcionalidade da pessoa”. A funcionalidade são as capacidades que o indivíduo tem “para realizar tarefas de subsistência, se relacionar com o meio envolvente e participar na vida social” (Decreto-lei 8/2010, de 28 de janeiro, 2010). Segundo Townsend (2011), a Psicose é uma condição mental grave na qual existe uma desorganização da personalidade, deterioração do funcionamento social e perda do contato com a realidade, ou distorção da mesma (Townsend, 2011).

O Primeiro Episódio Psicótico (PEP), assume frequentemente um carácter devastador para o doente e para a sua família, sobretudo, dado o seu início habitual na adolescência e no princípio da idade adulta, e ocorrem mais precocemente em homens que em mulheres. A personalidade

pré- mórbida apresenta um desajuste social ou esquizoide ou de outra perturbação da personalidade (Townsend, 2011). Este constitui um período crítico no desenvolvimento do indivíduo enquanto pessoa, sendo que perturbações psicóticas nesta fase podem ameaçar todo o potencial para uma vida adulta produtiva, inclusiva e funcional.

A esquizofrenia desenvolve-se gradualmente ao longo do tempo, podendo identificar-se quatro fases da doença (Townsend, 2011):

- Fase pré-mórbida (período de funcionamento normal; história familiar psiquiátrica, complicações perinatais e obstétricas, défices neuro-comportamentais; tímido e isolado, fracas relações com pares, maus resultados escolares ou comportamento anti-social);
- Fase prodromal (aparecimento de sinais e sintomas que precedem as características da doença aguda que podem durar desde semanas ou meses, mas mais frequentemente entre dois e cinco anos; podem surgir sintomas não específicos como perturbação do sono, ansiedade, irritabilidade, humor deprimido, fraca concentração, fadiga e défices comportamentais como deterioração do funcionamento e isolamento);
- Esquizofrenia (fase ativa da doença com presença de dois ou mais sintomas característicos: delírios, alucinações, linguagem desorganizada, comportamento catatónico, sintomas negativos; disfunção social/ocupacional; duração de pelo menos seis meses que deve incluir no mínimo um mês de sintomas característicos ou menos, se tratados com sucesso; devem ser excluídos perturbações esquizoafetivas e do humor, assim como uso de substâncias/ outras situações médicas e perturbações globais do desenvolvimento);
- Fase residual (período de remissão, os sintomas da fase aguda estão ausentes ou já não são proeminentes). Os fatores predisponentes para a doença incluem história familiar de esquizofrenia, possíveis alterações bioquímicas (dopamina), possíveis defeitos de nascença, exposição pré-natal a infeção viral (influenza), exposição a acontecimentos stressantes, entre outros (Townsend, 2011).

Contudo, a epidemiologia do PEP ainda se encontra pouco compreendida, uma vez que ainda são em número insuficiente os estudos sistemáticos realizados. A incidência é de 16,7 por 10000 pessoas/ano no sexo masculino e de 8,1 por 10000 pessoas/ano no sexo feminino, com o pico de idades entre os 15 e 24 anos. De acordo com os diferentes estudos realizados, as características sociodemográficas, variam ligeiramente, com a média de idades compreendidas entre os 22 e 31 anos de idade, existindo um marcado predomínio de solteiros, desempregados, residindo com os pais ou auferindo os apoios sociais e governamentais e com diagnóstico do espectro da esquizofrenia em 40,8% dos casos, seguindo-se os diagnósticos de perturbação de humor, e outras psicoses, incluídas neste grupo as induzidas por consumo de substâncias, e a perturbação psicótica breve. (Carreiro & Martins, 2008).

De acordo com Carvalho (2022), não existe uma definição universal de um primeiro episódio psicótico, havendo diversas perspectivas entre os vários autores. Há autores que o definem como uma condição variável, caracterizada pelo surgimento de novos sintomas psicóticos pelo período de, pelo menos, uma semana. Outros autores que o definem pela presença de sintomas psicóticos positivos, isto é, delírios ou alucinações, avaliados num score >4 nos itens P1 (referente a delírios) ou P3 (referente a alucinações) da escala Positive and Negative Syndrome Score (PANSS), numa duração inferior a seis meses (Carvalho, 2022); e/ou alterações na subescala “Delírios” e/ou na subescala “Alucinações auditivas” do Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS) (Haddock et al., 1999; Sequeira et al., 2021).

O delírio é uma alteração ao nível do pensamento da pessoa traduzindo-se numa crença falsa acerca de um determinado conteúdo (Liu et al., 2018; Sequeira et al., 2021). Esta falsa crença é fixa, não sendo passível de ser alterada à luz da evidência exposta (American Psychiatric Association, 2014). O delírio corresponde então a *“uma ideia ou crença falsa, inabalável, fora do contexto educacional, cultural e social do doente e mantida com extraordinária convicção e certeza subjetiva”* (Oyebod, 2011, p. 131).

A alucinação pode ser definida como um aparente registo de estímulos sensoriais que realmente não estão presentes. Estas classificam-se, segundo os sentidos, em alucinações auditivas, visuais, olfativas, gustativas ou táteis (ICN, 2019). A alucinação corresponde a uma percepção anormal que é experienciada pelo doente sem um estímulo físico que envolva qualquer modalidade sensorial (Aarsland et al., 2009; Burghaus et al., 2011; Sequeira et al., 2021).

Estas perturbações psicóticas primárias e a esquizofrenia caracterizam-se por deficiências significativas nos testes de realidade e alterações no comportamento que se manifestam por sintomas positivos (delírios e alucinações, anteriormente referidos), pensamento desorganizado (tipicamente manifestado com discurso desorganizado), comportamento grosseiramente desorganizado, experiências de passividade e controlo, sintomas negativos (afeto embotado ou plano e avolição) e perturbações psicomotoras (ICD-11, 2023). Os sintomas ocorrem com frequência e intensidade suficiente para se desviarem das normas culturais aceites e esperadas. Estes sintomas não surgem como uma característica de outra perturbação mental e/ou comportamental (p.e., perturbação do humor, delírium ou perturbação devido ao uso de substâncias). As categorias deste grupo não devem ser usadas para classificar a expressão de ideias, crenças ou comportamentos que são culturalmente sancionados (ICD-11, 2023).

A esquizofrenia dura pelo menos seis meses e inclui pelo menos um mês de sintomas de fase ativa. Na perturbação psicótica induzida por substância/medicação, os sintomas psicóticos têm causa fisiológica, consequência do abuso de substâncias psicoativas, exposição a medicamentos ou toxinas e cessam após a remoção do agente (APA, 2013). A esquizofrenia é uma perturbação mental grave que apresenta curso e prognóstico variáveis, normalmente sem retorno ao funcionamento pré-mórbido, sendo que a evidência científica refere que 1/3 melhora, 1/3

estabiliza e 1/3 piora. Os sintomas característicos abrangem uma série de disfunções cognitivas, emocionais e comportamentais que acometem a percepção, o raciocínio lógico, a linguagem e a comunicação, o afeto, a fluência e produção do pensamento e do discurso, a capacidade hedônica, a vontade, o impulso e a atenção. O diagnóstico envolve um conjunto de sinais e sintomas associados a uma disfunção social e ocupacional (APA, 2014).

Caracteriza-se por dois grupos de sintomas:

1. Positivos, que incluem essencialmente ideias delirantes, alucinações, transtorno formal do pensamento, comportamento extravagante e desorganizado que refletem uma distorção/exagero das funções que estão normalmente presentes na fase aguda da doença. Estes sintomas cognitivos, comuns nos doentes com esquizofrenia, têm efeito ao nível da memória, com défices de atenção, concentração, compreensão e abstração (American Psychiatric Association, 2014; Cardoso, 2002; Carvalho et. al, 2014; Sadock & Sadock, 2008).
2. Negativos, que refletem uma perda ou diminuição de funções (diminuição da intensidade ao nível das emoções, das motivações, da vontade e da afetividade/relações interpessoais, o empobrecimento do pensamento e do discurso e o isolamento social), que, em condições normais se encontram presentes (American Psychiatric Association, 2014; Cardoso, 2002; Carvalho et. al, 2014; Sadock & Sadock, 2008).

Enquanto os sintomas positivos da esquizofrenia são, muitas vezes, exuberantes e atraem a atenção, os sintomas negativos tendem a prejudicar a capacidade da pessoa na sua vida quotidiana, impedindo ou limitando a manutenção de relacionamentos familiares estáveis. Não há sintomas patognomónicos, apenas um quadro prodrómico, que se caracteriza, em grande parte, pelos sintomas negativos: alteração do ciclo de sono/repouso, apatia, isolamento, descuido na higiene pessoal, comportamentos poucos habituais/ideias bizarras, dificuldades escolares e pressionais, entre outros. Esta sintomatologia tem uma relação muito importante e direta com as possíveis repercussões da doença na família. Os efeitos dos sintomas negativos no funcionamento do indivíduo são, habitualmente, o primeiro sinal para a família de que algo está errado, sendo também a principal preocupação da família, que muitas vezes vê o seu familiar como “preguiçoso” ou “desmotivado” (Carvalho, 2012; Carvalho et. al, 2014;).

A sintomatologia característica da esquizofrenia pode-se agrupar de uma outra forma, em função das áreas atingidas, sendo a aparência e conduta (um aspeto descuidado ou um importante abandono da sua higiene pessoal); transtornos perceptivos e sensoriais (aparecimento das alucinações: auditivas, visuais, olfativas, gustativas e cinestésicas); transtornos do pensamento (conteúdo - delírios; controlo - roubo do pensamento; controlo do pensamento, imposição do pensamento entre outros; curso - bloqueio do pensamento; forma -

desagregação do pensamento, pobreza do pensamento, tangencialidade entre outros); alterações do humor e da afetividade (apático e indiferente, com sintomas depressivos e manifestações de ansiedade, irritabilidade e euforia e com manifestações típicas de embotamento afetivo/ambivalência afetiva); alterações da psicomotricidade (manifestações de agitação psicomotora, maneirismos, estereótipos motores entre outros; alterações cognitivas (o tipo e a gravidade da sintomatologia variam consideravelmente no decurso da doença e o aparecimento pode ser, de uma forma insidiosa e gradual ou de uma forma explosiva e instantânea) (Carvalho, 2012; Carvalho et. al , 2014;).

Pensa-se que a esquizofrenia resulte de uma combinação de variáveis de predisposição genética, disfunção bioquímica, fatores psicológicos e stress psicossocial. Atualmente ainda não existe cura para esta perturbação; o seu tratamento requer um esforço multidisciplinar abrangente que inclui o tratamento farmacológico e diversos tipos de cuidado psicossocial no desenvolvimento e adaptação de capacidades para a vida quotidiana, e treino de competências sociais, reabilitação e terapia familiar (Townsend, 2011).

Atualmente, estão a ser desenvolvidos em todo o mundo e também em Portugal, ensaios clínicos em fase inicial, com o objetivo de elaborar um protocolo inovador de tratamento dos sintomas cognitivo-sociais da esquizofrenia, com recurso a estimulação magnética transcraniana (Healthnews , 2023).

O tratamento da esquizofrenia e de outras perturbações psicóticas requerem intervenção psicológica (psicoterapia individual, terapia de grupo, terapia comportamental e treino de competências sociais), tratamento social (milieu therapy/terapia de grupo, terapia familiar e tratamento comunitário assertivo) e tratamento orgânico (psicofarmacologia). Sendo que o tratamento mais eficaz parece ser uma combinação dos medicamentos psicotrópicos e terapia psicossocial (Townsend, 2011).

O enfermeiro deve ter conhecimento dos comportamentos comuns à perturbação para fazer uma avaliação adequada do utente. Deve estar atento à manifestação de sintomas negativos e/ou positivos, nomeadamente ao conteúdo e forma do pensamento, perceção, entre outros (Townsend, 2011).

Destacamos alguns dos diagnósticos de Enfermagem CIPE ((CIPE/ICNP), 2019) que podem ser identificados nestes utentes (Townsend, 2011):

- Processo de pensamento distorcido;
- Perceção alterada;
- Isolamento social;
- Risco de violência;

- Comunicação verbal comprometida;
- Défice no autocuidado;
- Coping familiar comprometido;
- Manutenção da saúde comprometida;
- Arranjo da casa comprometido.

Os critérios de resultado a enunciar segundo Townsend (2011) são:

- Demonstra capacidade de relacionar-se satisfatoriamente com os outros;
- Reconhece distorções da realidade;
- Não causou danos a si mesmo ou aos outros;
- Percebe o *self* de modo realista;
- Demonstra capacidade de perceber corretamente o ambiente;
- Mantém a ansiedade a um nível controlável;
- Renuncia à necessidade de delírios e alucinações;
- Demonstra capacidade de confiar nos outros;
- Usa uma comunicação verbal apropriada nas interações com os outros;
- Executa independentemente as atividades de autocuidado.

Os familiares mais próximos à pessoa com esquizofrenia são os primeiros a perceberem diferenças na personalidade e/ou nos comportamentos desse membro da família, processando-se a diferentes níveis: alterações do comportamento social, desinteresse por atividades e passatempos; negligência no autocuidado; desconfiança; existência de ideias delirantes, aliados à falta de motivação, à má gestão financeira, à dificuldade para completar as tarefas e à não adesão ao regime terapêutico (Carvalho et al., 2014; Silva & Carvalho, 2011). Esta falta de interesse manifesta-se também pelo isolamento social e pela maior dificuldade em encontrar/continuar no mercado de trabalho, devido aos deficits provocados pela doença, pela presença do estigma social, pelos comportamentos não adequados e imprevisíveis), assim como pela perda de autonomia. Culturalmente o doente com esquizofrenia ainda representa o estereótipo do “louco”. A imprevisibilidade que ocorre na relação com o doente com esquizofrenia tem um efeito profundo nos membros da família. A presença de um doente com esquizofrenia na família alterará a dinâmica familiar e irá pôr em evidência algumas das

dificuldades e fragilidades do doente e de toda a família, potenciando a descompensação de um ou mais dos seus membros (Carvalho et. al, 2014; Hanson, 2001;).

Na DMG o impacto do diagnóstico, o estigma social associado, a dependência do familiar e as implicações da cronicidade da doença, anteriormente referida, conduzem frequentemente a uma sobrecarga crescente, gerando conflitos, perda de controlo e medo das alterações de comportamento do familiar, bem como das recaídas que obrigam a adaptação a uma nova realidade (Pinho, 2020).

A literatura evidencia que a existência de uma pessoa com DMG na família, causa uma elevada sobrecarga nos seus elementos. Assim sendo, a intervenção familiar assume uma extrema importância, não só para a diminuição da sobrecarga e para a promoção da saúde mental dos familiares envolvidos, mas também para a reabilitação da pessoa com DMG, contribuindo largamente em todo o seu processo de recuperação (Pinho, 2020).

A avaliação da dinâmica familiar é um fator importante para a perceção da coesão e "flexibilidade familiar, assim como a importância da comunicação e da satisfação familiar no núcleo familiar. Um dos recursos disponíveis que se tem afirmado como útil, é o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar (MCAIF), adotado pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária (MCEEC). Este modelo reconhece a família como sistema, em que a avaliação e intervenção familiar tem em vista o bem-estar e a coesão familiar, bem como ajudar a família a mobilizar os seus recursos internos para se adaptar às exigências de transições complexas (Wright & Leahey, 2012).

De acordo com Asen (2002) e Townsend (2011), as prioridades na intervenção familiar devem se dirigir para constituir uma aliança terapêutica entre os familiares e os profissionais de saúde; reduzir o ambiente emocional no seio família, diminuindo o stress e sobrecarga; promover a capacitação de os familiares anteverem e resolver problemas; diminuir sentimentos de raiva, ira e culpa; manter expectativas plausíveis e realistas relativamente aos comportamentos do familiar com doença mental; encorajamento dos familiares estabelecerem limites adequados, mantendo, ao mesmo tempo alguma autonomia; e por último, promover mudanças desejáveis nas crenças e comportamentos dos familiares (Pinho, 2020).

A psicoeducação familiar tem demonstrado eficácia na redução da sobrecarga e emoção expressa dos familiares com doença mental, especialmente no que diz respeito à esquizofrenia e outras perturbações psicóticas e à perturbação bipolar, repercutindo-se num melhor relacionamento familiar. Tem como principais objetivos dotar os familiares de um maior conhecimento sobre o processo de doença e mudar comportamentos na forma como lidar com a mesma, ajudando na resolução de problemas, bem como reduzir o stress familiar e providenciar suporte social (Pinho, 2020).

Os programas de psicoeducação devem incluir informação sobre a doença, nomeadamente, causa, sintomatologia, tratamento e a sua evolução; para uma melhor compreensão das atitudes e comportamentos do seu familiar. Para além disso, devem também ser ensinadas e treinadas estratégias para lidar com a pessoa com doença mental, identificando sinais precoces de recaída. A importância da adesão ao regime terapêutico, deve também ser focada, incentivando os respetivos familiares a monitorizar o seu cumprimento. Por fim, podem ser fornecidos contatos de associações de apoio à doença mental, bem como, de outros recursos disponíveis da comunidade, para que os familiares os possam utilizar caso exista necessidade. Vários estudos comprovam que estas intervenções diminuem a probabilidade de recaída, promovem a saúde mental dos familiares, prevenindo o aparecimento de uma doença mental (Pinho, 2020).

As intervenções psicoeducativas familiares centradas na gestão da doença são consideradas talvez as mais eficazes e envolvem abordagens diferentes, nomeadamente, apenas com uma família; multifamiliares e/ou bimodais. No tipo de intervenção em que é utilizada uma abordagem monofamiliar, a mesma deve ser acompanhada individualmente, sendo incluídos todos os membros e envolvidos no processo de recuperação. Pode ser realizada em contexto domiciliário, para um acompanhamento de maior proximidade e acessível, nos cuidados de saúde primários; no hospital de referência ou noutra local comunitário, devendo para tal o enfermeiro especialista em ESMP, avaliar as várias possibilidades e optar pela mais adequada a cada situação. Outra grande vantagem é a possibilidade de uma intervenção mais individualizada e dirigida a determinada família.

No caso referenciado, a utente tinha prescrição farmacológica, advindo deste fato, intervenções resultantes de prescrição que implicam o conhecimento do efeito pretendido e dos efeitos secundários da medicação instituída.

Os fármacos antipsicóticos típicos atuam através do bloqueio dos recetores pós-sinápticos de dopamina nos gânglios basais, hipotálamo, sistema límbico, tronco cerebral e medula. Demonstram uma afinidade para os recetores colinérgicos, alfa 1-adrenérgicos e histamínicos. O bloqueio dos recetores da dopamina parece ser o responsável pelo controlo dos sintomas positivos da esquizofrenia. Os efeitos secundários destes medicamentos podem incluir efeitos anticolinérgicos/extrapiramidais (boca seca, visão nublada, obstipação, retenção urinária, taquicardia), tonturas, hipotensão, hipotensão ortostática, tremores, taquicardia reflexa, aumento de peso e sedação. Podem surgir efeitos secundários mais graves como discinesia tardia e o síndrome maligno dos neurolépticos sendo esta síndrome potencialmente fatal traduzindo-se por rigidez muscular, febre, alteração do estado de consciência e instabilidade autónoma (Townsend, 2011).

Os fármacos antipsicóticos atípicos apresentam efeitos secundários mais leves, com exceção da clozapina (agranulocitose). O bloqueio de dopamina pelos antipsicóticos atípicos ocorre mais

facilmente na via mesolímbica que na via nigroestriada, diminuindo os sintomas positivos sem induzir os sintomas extrapiramidais. Estes antipsicóticos estão também associados ao bloqueio do recetor 5-HT2A tendo também ação na diminuição dos sintomas negativos. Os efeitos secundários destes fármacos incluem aumento de peso, hiperglicemia, diabetes e aumento do risco cardiovascular (Townsend, 2011).

Os fármacos anticolinérgicos ajudam a reduzir a gravidade e proporcionar o alívio dos efeitos extrapiramidais associadas ao uso dos fármacos antipsicóticos. Os antagonistas da dopamina interferem com a função moduladora da dopamina na parte nigroestriada do cérebro responsável pelo movimento. Isto leva à redução da dopamina e ao aumento da neurotransmissão da acetilcolina (Mwebe, 2021).

Os fármacos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos podem ser prescritos quando a cliente estiver a sentir-se ansiosa. Os principais riscos destes fármacos são a dependência física e tolerância que podem levar ao abuso. Os sintomas de abstinência podem causar risco de vida, sendo que os clientes devem ser avisados de que não devem parar a medicação abruptamente e sem aconselhamento médico (Townsend, 2011).

Os domínios de Enfermagem identificados e avaliados para a utente em causa foram os que a seguir se apresentam:

Sono

O sono é um processo corporal que consiste na diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência. Ocorre uma diminuição do metabolismo, da atividade corporal e redução da sensibilidade a estímulos externos (ICN, 2019). Propicia o descanso, sustentando um estilo de vida desejável e que pode ser fortalecido (Carpenito-Moyet, 2018). É durante o sono que o organismo exerce as principais funções restauradoras do corpo, sendo este essencial para o ser humano. Contudo, o sono pode ser afetado por vários fatores, traduzindo-se em insónia, perturbações no padrão de sono ou privação do sono. As alterações do padrão do sono podem surgir associadas a agitação psicomotora, alucinações, ansiedade, humor irritável, paranoia transitória, desconforto, excesso de estímulos ambientais, associada a doenças crónicas, entre outras (Herdman et al., 2021-2023). Assim de acordo com a evidência científica, sabe-se que a privação, bem como as alterações do padrão de sono são um dos primeiros sintomas e/ou fatores de descompensação psicótica, pelo que se torna extremamente importante realizar a sua avaliação, em todos os contextos clínicos.

Aquando da entrevista inicial, a cliente não apresentava queixas relativas ao padrão de sono, referindo que não precisava da medicação prescrita em SOS. Referiu igualmente, que desde o internamento as suas rotinas se alteraram, passando a adormecer mais cedo do que era habitual (cerca das 22/23 horas, acordando por volta das 7/8horas), o que se traduz num padrão de sono reparador.

Autoconceito

O autoconceito pode ser definido como a percepção que o indivíduo tem sobre si, formando, a partir daí, o seu próprio conceito. Surge um conjunto de cognições que a pessoa constrói sobre si mesma, perante as diferentes tarefas do dia a dia. O indivíduo cresce a realizar avaliações cognitivas sobre o “eu”, tendo em conta crenças, representações e descrições. Junta-se a isto a comparação que faz com os outros, o efeito dos seus desempenhos e o reconhecimento por parte dos pares (Santos, 2017). O autoconceito vai sendo influenciado por diversos acontecimentos e pelas pessoas que lhe são significativas. É um processo lento e que vai acontecendo ao longo da vida, podendo ser modificável, consoante as diversas experiências e relacionamentos. Assim sendo, o autoconceito vai afetar o comportamento, o desempenho e o ajustamento individual, podendo fazê-lo de forma negativa se o mesmo se encontrar comprometido (Santos, 2017). As experiências de fracasso poderão resultar em desmotivação e desmoralização, comprometendo a percepção que o indivíduo tem sobre si e tornando-a negativa. De acordo com Nunes (2018), o défice de autoestima poderá relacionar-se com a presença de doença mental, tornando-se um ciclo vicioso, já que uma leva à outra, e vice-versa. A presença de uma autoestima positiva torna-se essencial para a resolução de problemas de vida e para a construção de relações interpessoais saudáveis. A diminuição da resiliência e baixa autoestima poderão levar a uma maior exposição ao stress, dificultando a capacidade do indivíduo para enfrentar as adversidades. Poderá, desta forma, culminar em ansiedade, depressão impulsividade e comportamentos agressivos (Carvalho et al,2016).

Percepção

A percepção é um processo do sistema nervoso, envolve o registo mental consciente dos estímulos sensoriais. É a noção que o indivíduo obtém de objetos ou de outros dados através dos sentidos (ICN, 2019). De acordo com Townsend (2011), a percepção correta da realidade inclui a capacidade de perceber o ambiente sem distorções assim como ter empatia e sensibilidade social, nomeadamente o respeito e preocupação pelos desejos e necessidades dos outros (Townsend, 2011). O compromisso da percepção manifesta-se por um aparente registo de estímulos sensoriais que realmente não estão presentes, podendo ser classificados segundo os órgãos dos sentidos afetados em alucinações auditivas, visuais, olfativas, gustativas ou tácteis (ICN, 2019). A alucinação trata-se de uma percepção anormal que é experienciada pela pessoa sem um estímulo físico que envolva qualquer modalidade sensorial (Aarsland et al, 2009 & Burghaus et al, 2011, & Gonçalves et al, 2020). As perturbações psicóticas são caracterizadas como sendo uma condição mental grave com ocorrência de desorganização da personalidade,

deterioração do funcionamento social e perda do contato com a realidade ou distorção da mesma podendo existir evidências de alucinações e pensamento delirante (Townsend, 2011).

Durante a entrevista inicial, constatou-se que a utente não refere apresentar nem tem comportamento sugestivo de atividade alucinatória.

Emoção

As emoções influenciam de forma significativa a vida do indivíduo, podendo alterar diversos aspetos da mesma, nomeadamente, o funcionamento biológico, psicológico e social. As emoções são desencadeadas por vários acontecimentos, pessoas ou situações, sendo que perante os mesmos existe sempre uma avaliação cognitiva e interpretação. Cada um vivencia a emoção de forma subjetiva, sendo que, do surgimento da mesma advêm reações orgânicas, gestos, movimentos ou expressões vocais responsáveis pela ação (Arruda, 2015). De certa forma, pode-se afirmar que a emoção se caracteriza pela forma como são sentidas as alterações do dia-a-dia, desencadeando um conjunto de respostas fisiológicas e psicológicas (Arruda, 2015). A ansiedade pode ser descrita como uma emoção negativa, no qual o indivíduo experiêcia sentimentos de angústia, ameaça ou perigo iminente (CIPE, 2019). Existe um sentimento de desconforto e temor, apesar da origem do problema ser vaga ou desconhecida para a pessoa. A mesma apresenta sentimentos de apreensão relacionados com a antecipação de perigo. A isto se adiciona um conjunto de sintomas físicos que causam maior transtorno (Sequeira & Sampaio, 2020).

Durante a entrevista clínica, a cliente verbalizou ansiedade, em situações novas, p.e. na entrevista de trabalho e/ou no primeiro dia do mesmo, contudo refere ser em grau reduzido.

Pensamento

O pensamento é uma função cognitiva, permite integrar toda a informação recebida e estabelecer relações entre os dados que a compõem. Fornece à pessoa capacidade para escolher, ordenar e classificar factos, permitindo a utilização de conceitos, relações e resolução de problemas (ICN, 2019). De acordo com Carpenito (2006), o processo do pensamento perturbado corresponde a um estado em que a pessoa apresenta uma alteração nas atividades mentais, nomeadamente o pensamento consciente, a orientação para a realidade, a solução de problemas, a crítica e a compreensão em relação à personalidade ou à perturbação mental (Carpenito, 2006). A perturbação no processo de pensamento consiste numa rutura na função cognitiva que afeta os processos mentais envolvidos no desenvolvimento de conceitos e categorias, raciocínio e solução de problemas (Herdman et al, 2021). O delírio é uma alteração ao nível do pensamento da pessoa, traduzindo-se numa falsa crença de um

determinado conteúdo (Gonçalves et al, 2020; Liu et al, 2018,). Consiste em falsas crenças pessoais não consistentes com a inteligência ou cultura da pessoa; a pessoa continua a ter a crença apesar de prova inteligível de que a crença é falsa ou irracional (Townsend, 2011). As perturbações psicóticas são caracterizadas como sendo uma condição mental grave com ocorrência de desorganização da personalidade, deterioração do funcionamento social e perda do contato com a realidade ou distorção da mesma podendo existir evidências de alucinações e pensamento delirante (Townsend, 2011).

Durante a entrevista clínica, a cliente não apresentou qualquer alteração quer na forma, bem como, no conteúdo do pensamento, com discurso lógico e coerente, durante toda a entrevista. Como já foi referido anteriormente, sem aparente atividade ou interpretação delirante.

Memória

A memória é definida como atos mentais através dos quais são armazenadas e recordadas sensações, impressões e ideias. É o registo mental, retenção e recordação de experiências passadas, conhecimentos, ideias, sensações e pensamentos (ICN, 2019). A memória tem um papel fundamental no quotidiano da pessoa, permite a orientação, a comunicação, a relação e a execução de tarefas. A memória liga a pessoa ao mundo. Permite a construção da identidade pessoal, compila a história de vida, as referências e os significados sociais (Sequeira, 2020). Tem um papel determinante na relação com o meio externo, na socialização, na construção da personalidade e do comportamento e do desempenho em geral (Nunes, 2018). Este domínio é sempre pertinente de ser avaliado numa entrevista inicial e em todos os contextos clínicos. Permite perceber se o cliente se encontra orientado em todas as dimensões e concomitantemente identificar a capacidade de aprendizagem com vista à melhoria e manutenção do estado de saúde da pessoa.

Autogestão do regime medicamentoso

O regime medicamentoso, aquando do uso adequado dos medicamentos, apresenta benefícios que são evidentes, uma vez que tem como finalidade a recuperação do melhor estado de saúde, a diminuição dos riscos relacionados às doenças crónicas, o alívio dos sintomas, a redução de incapacidades e de recaídas (Oliveira et al, 2018). De acordo com a evidência científica, sabe-se que um dos principais motivos de agudizações e/ou descompensações psicóticas é o incumprimento terapêutico e o abandono do regime medicamentoso. Neste sentido, e uma vez que a cliente tem antecedentes pessoais de não cumprimento do regime medicamentoso, e durante a entrevista de avaliação inicial também foi possível identificar algumas crenças pessoais relativamente à medicação. Entendemos ser um dos objetivos major da intervenção,

conscientizar a cliente e os pais da importância da adesão ao regime medicamentoso, dotando-os de conhecimento, com informação genérica e específica sobre o mesmo e a sua importância para evitar agudização da doença e os reinternamentos.

Comportamento destrutivo

De acordo com o ICN (2019) o comportamento corresponde a um processo intencional manifestado por ações (ICN, 2019). É manifestado através de ações observáveis que podem incluir comportamentos verbais, não-verbais ou a combinação de ambos. Implica algo que ocorre ao longo do tempo e não apenas uma ação isolada e pode ser influenciado por vários fatores como os pensamentos, as emoções, experiências passadas e os contextos situacionais. O comportamento é motivado por uma intenção, que pode ser consciente ou inconsciente (ICN,2019).

O ICN (2019) define comportamento agressivo como uma ação ou atitude enérgica de auto assertividade imposta a outro, expressa física, verbal ou simbolicamente. O comportamento agressivo é caracterizado por ações ou atitudes que envolvem violência física, verbal ou emocional, com o objetivo de causar dano ou intimidação a outra pessoa (ICN, 2019). O comportamento agressivo pode ocorrer em utentes com vários diagnósticos, incluindo psicose orgânica, doenças metabólicas, uso/abuso de substâncias, perturbações da personalidade, problemas de desenvolvimento, tipos de depressão, esquizofrenia e outros (Giarelli et al, 2018; Rocca et al, 2006).

De acordo com o ICN (2019), o comportamento autodestrutivo é definido como desempenhar atividades autoiniciadas com o objetivo de se agredir ou lesionar; violência contra si próprio (ICN, 2019).

A prevalência do comportamento suicidário (ideação suicida, tentativas e suicídio consumado), no momento da admissão aos serviços de saúde mental e psiquiatria, foi estimada em cerca de 25% em utentes com PEP, sendo o suicídio responsável por aproximadamente 2% a 5 % de mortes nestes doentes, assumindo-se assim como uma das principais causas de morte prematura nos utentes com PEP (Carvalho, 2022; Coentre, 2021). A investigação refere igualmente que é possível identificar, genericamente, alguns grupos de risco, sobre os quais os profissionais de saúde devem estar mais atentos, como os utentes mais jovens, indivíduos com perturbações psicóticas associadas ao abuso de substâncias, com quadros psicóticos mais graves, sobretudo, sintomas depressivos, maior duração do período da psicose não tratada, ou a presença de um histórico pessoal e/ou familiar de comportamentos suicidários e autolesivos (Carvalho, 2022).

Neste sentido, torna-se extremamente importante uma correta avaliação deste tipo de comportamentos, bem como dos fatores associados aos mesmos. Questionada sobre a existência

de ideação suicida, pensamentos de morte, e/ou comportamento autolesivos, a utente negou a sua presença.

Processo Familiar

De acordo com Wright & Leahey (2012), sempre que um membro da família apresenta um problema que possa ter impacto nos outros membros é indicada uma intervenção ao nível da família. No entanto, segundo os mesmos autores essa intervenção só deve ocorrer caso a família concorde com a mesma (Wright & Leahey, 2012).

As particularidades de cada pessoa e as suas interações familiares influenciam não só o desenvolvimento de problemas do foro psiquiátrico, mas também a própria adesão ao regime terapêutico, tratamento e respetivo sucesso do mesmo. Compete ao EESMP selecionar quais são as intervenções mais adequadas a aplicar em cada situação.

A ausência de apoio e envolvimento por parte da família, associadas a fontes de stress, podem interagir, potencializando um alto nível de vulnerabilidade familiar e individual. Por outro lado, o apoio familiar neste tipo de situações proporciona uma segurança na qual pode desenvolver todas as suas capacidades para resolver a situação geradora de stress. Quando a causa geradora de stress é suficientemente forte pode interromper o processo familiar.

De acordo com International Council of Nurses (ICN, 2019), o “processo familiar” é o desenvolvimento de interações e padrões de relacionamento entre os membros da família (ICN, 2019).

O processo familiar pode estar comprometido ou interrompido. Segundo Carpenito (2009), encontra-se interrompido quando a família, que normalmente se mantém bem, apresenta ou está em risco de apresentar um agente stressor que altera e desafia a sua capacidade ao nível do funcionamento efetivo anterior (Carpenito-Moyet, 2009). De acordo com o ICN (2019), encontra-se comprometido quando a família é incapaz de desenvolver as suas funções e tarefas, alteração do seu papel, apresenta falta de objetivos, indiferença à mudança, incapacidade em reconhecer a necessidade de ajuda, incapacidade em lidar com tensões, stress (ICN, 2019).

Desta forma, EESMP, poderá melhor direcionar o seu trabalho no sentido de colaborar com a família na identificação e aplicação de estratégias alternativas na resolução do problema (Carvalho, et al., 2020).

Importa referir que os diagnósticos foram identificados durante a realização da entrevista clínica com recurso a escalas validadas e adaptadas para população portuguesa, como o questionário de problemas familiares (Xavier et al., 2002). Salientamos que foi pedida autorização aos autores.

No artigo de validação para a população portuguesa do Questionário de Problemas Familiares (QPF), instrumento de colheita de dados usado neste estudo, os autores falam do conceito previamente estudado “*family burden*”. Segundo os mesmos autores este conceito de “sobrecarga familiar” pode dividir-se fundamentalmente em duas componentes: sobrecarga objetiva e sobrecarga subjetiva. A sobrecarga objetiva, diz respeito ao impacto direto das modificações e limitações determinadas pela doença de um indivíduo nos seus familiares, como por exemplo, alteração das rotinas domésticas, restrição das atividades sociais, dificuldades laborais/financeiras. Já a sobrecarga subjetiva, relaciona-se com o conjunto de sentimentos decorrente da vivência intrapsíquica destas limitações, como por exemplo, a perda, a culpabilidade, a tensão relacional intrafamiliar, a preocupação com o futuro e o medo da violência (Xavier, et al., 2002).

Borba, e colaboradores, (2008) classificam a sobrecarga como: sobrecarga física e emocional, sobrecarga do cuidado, e sobrecarga financeira. A sobrecarga física e emocional identifica-se pelo aparecimento de doenças relacionadas ao sistema nervoso como gastrite e problemas gastrointestinais, mostrando como os problemas de ordem emocional repercutem sobre a saúde física dos indivíduos. Emocionalmente, estes familiares encontram-se esgotados, pela privação do sono ou pelo fato de não suportarem mais as implicações que essa convivência gera. A sobrecarga do cuidado remete-se para quando a família se torna num sistema informal de cuidado, preocupado e presente. No contexto do sofrimento psíquico, cuidar torna-se tarefa por vezes difícil, quer seja pela falta de apoio e comprometimento dos demais membros da família, ou pelas exigências ou solicitações do familiar doente. As famílias que convivem com o sofrimento psíquico demonstram preocupação, impotência e medo frente a comportamentos muitos vezes inadequados e imprevisíveis. Finalmente a sobrecarga financeira, muitas famílias vivem em situação económica desfavorável, o que em parte as torna mais vulneráveis e quando se trata da família que coexiste com o sofrimento mental, essa vulnerabilidade é intensificada e a dificuldade financeira agravada, pois a família vivencia um processo complexo, que exige reorganização do orçamento familiar. É preciso ainda prever faltas ao trabalho para acompanhar e atender as demandas de cuidados do familiar com DMG, podendo comprometer a única fonte de rendimento da família.

É importante referir que foi realizada a convocatória por telefone da respetiva família, neste caso os pais da utente, para a realização de entrevista familiar. Previamente foram garantidas todas as questões de confidencialidade, e anonimato dos dados fornecidos assim como a informação de modo a avaliar a participação voluntária no estudo de caso (Anexo II), bem como a aceitação da intervenção proposta, que é um dos requisitos principais da intervenção familiar. Encontrar disponibilidade para ambos estarem presentes, constituiu-se uma dificuldade inicial, pois o pai da utente era o único trabalhador/sustento familiar, obrigando-o a uma gestão por vezes complexa para estar presente. A sua motivação e a nossa envolvência

tornaram possível a sua comparência a três das seis sessões familiares realizadas. Na entrevista inicial procuramos perceber o nível de consciencialização, conhecimento, capacidade, bem como, o significado atribuído à doença mental da filha para adequar a intervenção.

A família bem como a utente em causa revelaram-se conscientes de todo processo, assim como das barreiras e/ou dificuldades que poderão aparecer e como terão de resolver novas situações que podem advir. Dos dados recolhidos foi possível verificar que os pais e a utente apresentavam alguma falta de conhecimento e principalmente um significado dificultador atribuído ao regime medicamentoso, associado a crenças pessoais e familiares, questionando por vezes a necessidade do mesmo. Neste sentido, para além de todas as outras questões trabalhadas em sessão, nomeadamente na realização de atividades instrumentais diárias, questões emocionais e comportamentais, adequação da comunicação, identificação dos recursos internos e externos existentes, salientamos os pontos fortes e positivos da família. Desenvolvemos uma sessão de psicoeducação familiar sobre o quadro psicopatológico da esquizofrenia, abordando a necessidade e importância da adesão terapêutica, bem como outras estratégias de tratamento (Anexo III). Durante a realização das sessões familiares priorizamos os temas significativos que a família introduzia nas sessões, procurando que esta supera-se o autoestigma presente, convidando-a a encarar a esquizofrenia como uma doença similar à doença física de desenvolvimento crónico que, requer intervenções diversas de âmbito psicológico em paralelo com a medicação (Brito, 2021; Torrey, 2006). Com esta abordagem pretendemos a normalização da doença mental e a redução do estigma associado. Paralelamente, durante as sessões foram utilizadas várias estratégias e técnicas comunicacionais, das quais destacamos a comunicação circular, com objetivo de a família percecionar os pensamentos, sentimentos e emoções do outro, simplificando e tornando claro e objetivo o processo comunicacional para que a mesma consiga encontrar a solução para a resolução de alguns problemas.

Face aos diagnósticos identificados na utente, a intervenção foi dirigida para auxiliar e educar, a mesma no seu processo de reabilitação psicossocial. Esta intervenção está em linha com as competências do EESMP que incidem na promoção e proteção da saúde mental ao longo do ciclo vital, prevenção da doença, diagnóstico e intervenção terapêutica especializada em respostas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, trabalhando simultaneamente a sua reabilitação, contribuindo para a adequação das respostas e promovendo a sua autonomia (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Paralelamente foram identificados os objetivos e prioridades no planeamento de cuidados e indicadores de resultado, abaixo identificados:

- Aumentar o conhecimento acerca da doença;
- Melhorar o significado atribuído ao regime medicamentoso;

- Desmitificar crenças pessoais e familiares acerca do mesmo;
- Reduzir a tensão familiar vivenciada diariamente;
- Reduzir a sobrecarga e emoção expressa.

Perante este caso, entendemos como mais viável e adequado aos objetivos propostos a intervenção psicoterapêutica de psicoeducação familiar. Como referido anteriormente para além da avaliação e intervenção familiar foram privilegiadas as intervenções como a escuta ativa, aconselhamento e disponibilizado apoio e suporte emocional, bem como a técnica de estratégia de resolução de problemas.

Durante a realização das sessões optamos por uma abordagem otimista, promovendo a esperança, contudo realista para não gerar falsas expectativas. As atividades e intervenções desenvolvidas tiveram por base as linhas de orientação à Família, nomeadamente, a primeira “regra” - *Dar tempo ao tempo* - refere-se exatamente à atitude recomendável, sobretudo nos primeiros meses após um surto psicótico agudo, atendendo a que a recuperação é demorada, mesmo após o desaparecimento dos sintomas psicóticos mais típicos. Nesse sentido, a utente e a sua família, foram aconselhados a preparar-se para um período longo de dificuldades e limitações, pelo que foram incentivados a cuidar-se e descansar o mais possível, ao mesmo tempo mantendo a esperança de que, com o tempo, e progressivamente, a situação iria melhorando. Para facilitar o processo de recuperação da doença, a segunda “regra” é - *Manter a calma* - visto que na esquizofrenia ocorre uma diminuição da capacidade do cérebro para regular a sua ativação, mostrando-se por isso mais sensível às situações muito complexas e intensas, especialmente quando envolvem conflitos ou criticismo (por ativarem o sistema límbico). Assim, e por princípio, deve-se evitar a hiperestimulação sensorial constante no ambiente, reduzindo os ruídos de fundo (rádio, televisão, etc.) e a iluminação muito intensa, evitando também conversas cruzadas. Além disso, deve-se procurar criar um ambiente emocional de tonalidade moderada, sem manifestações de hostilidade, críticas, discussões, insistências ou rejeição, mas também sem excessos de entusiasmo, encorajamento, elogios, expectativas ou preocupação. Na mesma linha, e porque a pessoa doente tem dificuldade em suportar situações de grande estimulação sensorial ou de interações múltiplas e simultâneas, ainda que de sentido positivo, como é o caso de eventos familiares ou festas, uma outra “regra” é - *Dar espaço aos outros e a si próprio* - a pessoa com esquizofrenia deve sentir-se livre de se afastar ou retirar-se para o seu quarto quando sentir necessidade, sem que a família se mostre desgostada. E ainda que esta orientação possa inicialmente parecer contraintuitiva, a família foi incentivada a compreender que a manifestação excessiva da sua preocupação e do seu zelo para com a filha, monitorizando-a constantemente, ou incitando-a a acompanhar as atividades da família, acaba por ser contraproducente. Como forma de preservação da sua saúde mental

e física, a mesma regra deve aplicar-se também aos familiares, especialmente nos momentos em que sintam dificuldades em lidar com as suas emoções. Uma outra “regra” ensinada foi - *Definir limites* - e relaciona-se com a necessidade de que o ambiente próximo da filha seja o mais estruturado possível, embora com a flexibilidade necessária, a fim de compensar as dificuldades da pessoa em dirigir adequadamente a atenção, e em gerir situações emocionalmente complexas. É de notar que não se deve confundir baixa estimulação com permissividade, pelo que o facto de a pessoa estar doente não significa que toda a família se deva submeter às suas vontades, reconhecendo-se aliás que todos os membros da família têm direito ao seu bem-estar e à satisfação das suas necessidades fundamentais e individuais. Assim, convém que se definam algumas regras e prioridades, que sejam de todos conhecidas, distinguindo-se as situações negociáveis (meramente aborrecidas ou irritantes), das que se consideram intoleráveis ou abusivas, a fim de se reduzirem as situações de conflito e stress entre os vários membros da família. Além disso, a filha também foi incentivada a compreender que algumas regras são necessárias, até como treino com vista à sua independência. Em todo o caso, devem sempre ser evitadas longas discussões e argumentações. De alguma forma também relacionada com a linha de orientação anterior, foi dada a indicação de que - *Coisas que não conseguem mudar, ignorem* - significa, especialmente explicar aos pais, que as prioridades devem ser adequadas e cuidadosamente estabelecidas, tendo em conta a natureza da doença e também o facto de que as mudanças irão operar-se lentamente. Embora seja naturalmente difícil ignorar comportamentos negativos, os pais foram incentivados a valorizar os progressos registados, ainda que em outras áreas, além de incentivados a manterem a esperança em melhorias futuras. Entretanto, e tanto quanto possível, foram incentivados a centrar-se nos seus objetivos pessoais, e não apenas nos problemas da filha. Contudo, e ainda sobre esta linha de orientação, é importante alertar para que os familiares não devem ignorar manifestações de violência relacionadas, ou não, com comportamentos psicóticos. Nestas situações, foram alertados que devem atuar o mais cedo possível para fazerem abortar a eventual crise, mantendo um ambiente calmo e estruturado, se possível identificando os fatores precipitantes, evitando o confronto direto, e procurando responder à ansiedade subjacente da filha, não às suas ideias concretas. Foram informados que devem procurar que a filha recolha ao seu quarto ou, no caso de estar diretamente envolvida uma outra pessoa, deve-se fazer com que esta se afaste por algum tempo, se possível, deve ser contactado o profissional de referência ou, em caso de agudização da situação, quando a pessoa está agressiva e já fora de controlo, pode efetivamente tornar-se necessário o recurso a ajuda externa, da equipa de intervenção em crise ou da polícia, eventualmente envolvendo alguma forma de contenção física. Um aspeto que contribui de forma importante para regular o nível de stress no ambiente familiar, traduz-se pela “regra” - *Simplificar* - relaciona-se principalmente com o estilo de comunicação na família, levando em linha de conta as dificuldades que a filha com esquizofrenia frequentemente apresenta na organização e regulação cognitiva e emocional,

especialmente relacionadas com o processamento da informação. Neste sentido, as pessoas devem procurar transmitir as informações, as ideias e os sentimentos de forma clara, calma e positiva, e através de conversas curtas, simples e o mais possível centradas em aspetos concretos do dia-a-dia. Devem evitar-se excessivos detalhes e discussões acaloradas sobre assuntos com maior carga emocional, como sejam as questões filosóficas, de política, religião ou sexualidade. Também nesta linha, a pessoa doente deve ser encorajada a expressar-se de forma clara e simples, devendo ser-lhe proporcionado o tempo necessário para isso. Também por esse motivo, não convém que, nas suas interações quotidianas, os familiares se apressem a presumir as intenções ou significados do que é dito, de forma estranha ou bizarra, pela pessoa doente. Esta deve ser gentilmente estimulada a comunicar os seus desejos ou sentimentos numa forma mais clara e perceptível. A questão do cumprimento da medicação é também referida nas linhas de orientação para a família - *Cumpra as indicações do médico* - Chama-se assim a atenção para a importância do tratamento farmacológico como base para a redução da vulnerabilidade cerebral face à estimulação ambiente. A adesão à medicação é muitas vezes dificultada pelos efeitos secundários desagradáveis, e também pela resistência em aceitar a continuação do tratamento, por parte da pessoa doente, e por vezes também por parte da família, sobretudo quando a pessoa doente se começa a sentir melhor, o que aconteceu no presente caso, como já foi referido anteriormente. Por este motivo, foi igualmente trabalhada em sessão (Anexo III), para que todos pudessem compreender os mecanismos de ação dos medicamentos e o fato de eles não tratarem a doença, mas apenas controlarem os sintomas (como acontece na Diabetes, tendo sido o exemplo dado, do qual o pai da utente é portador da patologia). Tanto a utente como os seus pais foram alertados para as fortes probabilidades de recaída nas situações de interrupção da medicação. Uma das linhas de orientação que se dirige mais particularmente aos familiares, aponta para a necessidade de que as rotinas familiares sejam restabelecidas, o mais rapidamente possível, após a fase aguda da doença - *Façam a vossa vida normal* - apesar de também esta ideia poder, à partida, parecer contraintuitiva, salienta-se aqui que, visto tratar-se de uma doença de evolução prolongada, é fundamental que a vida dos familiares prossiga o mais normalmente possível, mantendo as suas atividades, contactos e fontes de reforço para além do núcleo familiar, a fim de se evitarem as situações de desgaste psicológico e frustração, bem como a tendência comum para a redução da rede social de apoio da família. Deve ser enfatizada a ideia de que o familiar tem de cuidar de si próprio para se manter apto a cuidar dos outros e, em particular, da pessoa doente com esquizofrenia. Além do mais, o fato de os familiares cuidadores se manterem saudáveis e procurarem atingir os seus objetivos pessoais, contribui para evitar que a pessoa doente se sinta responsável pelo mal-estar dos familiares, os quais passariam assim a constituir mais uma fonte de sofrimento e culpa para a pessoa doente, ao invés de serem sentidos como uma fonte de apoio. Pelo seu lado, e no que respeita a retomar as suas rotinas, a pessoa doente deve ser ajudada a confrontar-se com as suas atuais limitações, ainda que encaradas como temporárias,

aprendendo a viver com elas da forma mais autónoma possível, e sempre tendo em vista o caminho lento, mas seguro, para a recuperação. Outra linha de orientação seguida refere-se à utilização de substâncias por parte da pessoa doente - *Nada de drogas, nem álcool* - as evidências científicas apontam para que as alterações estruturais do cérebro das pessoas com esquizofrenia as tornam mais sensíveis aos efeitos do abuso de substâncias (especialmente álcool e Cannabis). Para além de contribuírem para precipitar a manifestação da doença (pelo aumento da dopamina no sistema límbico), têm um efeito direto no aumento dos delírios e alucinações, ocasionando recaídas mais frequentes, e também agravam a sintomatologia depressiva associada aos denominados sintomas negativos. Assim, e tendo em vista o processo de recuperação, tanto a utente como a sua família foram informados sobre a necessidade de essas substâncias serem evitadas. Contudo, não houve necessidade de trabalhar este aspeto, pois o abuso de substâncias no caso da utente foi descartado aquando do diagnóstico diferencial. Uma outra linha de orientação refere-se especificamente à prevenção das recaídas - *Estar atento aos primeiros sinais de recaída*. Toda a família foi ensinada envolvida no processo de reconhecimento das situações de risco, devido aos graves prejuízos provocados por cada recaída, diretamente ao nível do córtex cerebral da pessoa doente, e secundariamente nas suas possibilidades de recuperação funcional. Dado que os sinais precoces de recaída são específicos de cada pessoa, a sua identificação deve ser feita com a ajuda do profissional de saúde, a partir do reconhecimento do conjunto de sinais e mudanças de comportamento que habitualmente surgem na pessoa doente antes do eclodir das suas crises agudas. Os sinais mais comuns de recaída incluem sintomas inespecíficos como perturbações do sono, o humor deprimido, a ansiedade intensa e a irritabilidade, bem como menor atividade, energia e concentração (Brito, 2021).

Com a utente também foram desenvolvidas outras atividades, nomeadamente treino de competências emocionais e sociais, apostando-se na área das relações interpessoais, no que respeita a capacidades de comunicação, (p.e. como iniciar e manter uma conversa, como manter a distância social, fazer um pedido, resolver problemas, bem como *role-playing* e treino de assertividade para a realização das entrevistas de emprego que a utente tinha agendadas).

No que diz respeito a avaliação do processo de cuidados torna-se pertinente referir que para além das dificuldades já anteriormente mencionadas, a simples escolha do *setting* apropriado para a realização das entrevistas e sessões familiares, devido a estrutura física do serviço tornou-se por vezes um problema para proporcionar o conforto e privacidade suficiente para desenvolver a intervenção, contudo com alguma criatividade conseguimos resolver estes obstáculos.

Relativamente aos resultados obtidos, estes demonstraram que existiu uma evolução por parte da utente em causa, devido às sessões familiares e de psicoeducação em que participou. Com efeito, a utente foi adquirindo e desenvolvendo competências que seriam essenciais para a sua

funcionalidade (*recovery*) e reintegração social, o que leva à constatação de que a intervenção foi eficaz.

Relativamente a intervenção familiar, dado o tempo de intervenção ser relativamente curto para produzir mudanças efetivas no seio familiar, foi possível dotar estes pais de maior conhecimento acerca da doença da filha, bem como torná-los mais capazes de lidar com a mesma, ensinando estratégias mais eficazes e ao mesmo tempo reduzindo a sobrecarga emocional e consequentemente produzir mais qualidade e bem-estar familiar.

Síntese

A família e a utente foram avaliadas durante a realização de uma entrevista clínica, que decorreu num ambiente previamente preparado e estruturado, de forma que os mesmos se sentissem confortáveis e com privacidade. Esta teve uma duração aproximada de uma hora, ao longo da qual foram abordados vários aspetos considerados como pertinentes para posterior identificação dos diagnósticos de Enfermagem, e, por conseguinte, para a definição das intervenções mais adequadas de forma a ajudar a utente e família a melhorar as suas competências e comportamentos face a determinados estímulos. Os diagnósticos de Enfermagem identificados para esta utente/família foram vários, sendo que o que mais se destacou, e também o mais frisado pela enfermeira tutora, foi o significado atribuído ao regime medicamentoso, pois, como referimos, os mesmos apresentavam algumas crenças dificultadoras associadas ao mesmo, questionando a necessidade de continuar a fazer o antipsicótico *depot* injetável.

Por fim, podemos dizer que a intervenção mais utilizada para além da escuta ativa durante todo este tempo foi a relação de ajuda. Com efeito, a escuta ativa e reflexiva, bem como, a relação de ajuda este estiveram no cerne dos estágios, pois é essencial demonstrar interesse e disponibilidade para chegar ao outro, ao utente, à pessoa e à família que está à nossa frente. A “relação de ajuda é o elemento central da assistência de Enfermagem e pode ser tanto um meio como um fim em si mesmo. Ajudar as pessoas com problemas é a essência de todo o profissional de saúde e essa ajuda pode ser concretizada através de interações humanas. Portanto, a comunicação é inseparável do processo de ajuda” (Sequeira, 2021, p. 276). O EEESMP tem competências específicas que lhe permitem utilizar a comunicação de modo a incrementar o potencial terapêutico das suas intervenções. Para tal, deve conhecer as técnicas comunicacionais, perceber quais são as atitudes promotoras e inibidoras da comunicação, conseguir identificá-las no seu próprio estilo comunicacional e fazer a sua gestão, evitando que um dos mais importantes instrumentos que utilizamos não se torne um entrave à atividade profissional. Perante isto podemos dizer que durante a prestação de cuidados o EESMP não fala, mas comunica, transmite conhecimentos, e fá-lo com conhecimento, técnica, consciência,

humanidade, alguns receios, e muita vontade de fazer cada vez melhor para o bem dos seus utentes e respetivas famílias.

4 ANÁLISE DO PROCESSO DE CUIDADOS EM CONTEXTO COMUNITÁRIO

Os cuidados de saúde primários representam o primeiro nível de serviços de saúde pessoais na comunidade, garantindo cuidados acessíveis, contínuos e completos para as necessidades de saúde ao longo da vida de um indivíduo. Os profissionais que prestam cuidados de saúde primários trabalham com os utentes e as suas famílias. Atendem às suas necessidades de saúde imediatas e a longo prazo, e não apenas em resposta a um conjunto de doenças específicas. Têm uma abordagem que envolve determinantes de saúde mais amplos e aspetos inter-relacionados que influenciam o bem-estar físico, mental e social das pessoas (OMS, 2021).

4.1 Caracterização do contexto na Comunidade

Os cuidados de saúde primários decorrem de um compromisso com a justiça e equidade social e do reconhecimento do direito fundamental ao nível mais elevado possível de saúde, conforme o articulado do Artigo 25.º da Declaração Universal dos Direitos do Homem: *“Todas as pessoas têm direito a um nível de vida adequado à sua saúde e bem-estar próprios e da sua família, incluindo alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e serviços sociais necessários (...)”* (Nações Unidas, 2017, p. 5).

Os enfermeiros têm um papel fundamental na prestação, expansão e coordenação dos cuidados de saúde primários. Através da sua formação e do seu trabalho, demonstraram prestar cuidados seguros e eficazes na prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão e reabilitação de doenças (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

O Gabinete Regional da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a Europa lançou um novo relatório com algumas orientações para que decisores políticos, professores, gestores e clínicos procurem desenvolver e assegurar determinadas aptidões entre os enfermeiros que prestam cuidados de saúde primários. Estas diretrizes deverão sempre ser ajustadas ao contexto de cada país. O documento foi revisto por um grupo de especialistas da Glasgow Caledonian University, pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), pela Agência de Saúde Pública de Inglaterra. As aptidões estão alinhadas com os cinco clusters de competências, identificados pelo Gabinete Regional da OMS para a Europa como cruciais para os cuidados integrados e apresentados como reforço de uma força de trabalho de saúde competente na prestação de serviços de saúde coordenados/integrados (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2021), os cuidados de saúde primários assentam em três componentes: satisfazer as necessidades das pessoas em matéria de saúde, através de cuidados promotores, protetores, preventivos, curativos, reabilitativos e paliativos completos durante toda a vida, atribuindo prioridade estratégica aos principais serviços de cuidados de saúde destinados às pessoas e famílias, e às populações através das funções da saúde pública como elementos centrais de serviços de saúde integrados; abordar de forma sistemática os determinantes da saúde mais vastos (incluindo sociais, económicos e ambientais, assim como as características e comportamentos das pessoas), através de políticas e ações públicas informadas por evidências, em todos os sectores. E por último, capacitar as pessoas, famílias e comunidades para otimizarem a sua saúde, como defensores de políticas que promovam e protejam a saúde e o bem-estar, como cocriadores de serviços de saúde e sociais e como auto-cuidadores e prestadores de cuidados a terceiros (OMS, 2021).

Em Portugal, os Cuidados de Saúde Primários constituem-se como a base do sistema de saúde visando à intervenção de rede e à implementação de equipas multidisciplinares, com orientações específicas no sentido de que a abordagem dos cuidados deverá ser centrada na família e no ciclo de vida (S. Figueiredo & S. Martins, 2010).

As Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) foram criadas no âmbito da reforma dos Cuidados de Saúde Primários, sendo uma das unidades funcionais que integram os ainda existentes Agrupamento de Centros de Saúde (ACES). Estes, integram ainda as restantes unidades funcionais: USF; Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); Unidade de Saúde Pública (USP); Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e, outras unidades ou serviços, propostos pelas respetivas ARS (Administração Regional de Saúde) e aprovados por despacho do Ministro da Saúde, e que venham a ser considerados como necessários. Em cada centro de saúde componente de um ACES funciona, pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviços desta. Cada ACES tem somente uma USP e uma URAP (Ministério da Saúde, 2008).

Cada unidade funcional é constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica e atua em intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do ACES (Ministério da Saúde, 2008).

As UCC têm uma missão única, não existindo alternativa assistencial por parte de outras unidades funcionais dos Cuidados de Saúde Primários (SNS, 2019). Têm como finalidade prestar cuidados de saúde de proximidade e de apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. A equipa da UCC é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, consoante as necessidades e a disponibilidade de

recursos. Cumulativamente, o ACES participa, através da UCC, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, integrando a Equipa Coordenadora Local (ECL). À UCC compete constituir a equipa de cuidados continuados integrados, prevista no Decreto-Lei 101/2006, de 6 de junho (Ministério da Saúde, 2008).

A UCC onde realizei estágio cumpre os pressupostos anteriormente referidos; apresentando como missão, contribuir para a melhoria do estado de saúde da população, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão do respetivo ACES a que pertence.

Cumulativamente, presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, atuando na educação para a saúde e na integração em redes de apoio à família. A cultura organizacional desta unidade alicerça-se em valores fundamentais como: equidade, acessibilidade, responsabilidade, transparência, conhecimento, qualidade, inovação (SNS, 2023).

No que concerne a população alvo, a UCC abrange aproximadamente vinte nove mil e quinhentos utentes, importa referir que cerca de metade da população abrangida, correspondente a aproximadamente cinquenta por cento, apresenta algum grau de dependência, sendo que a maior percentagem se verifica no grupo dos idosos, aproximadamente cerca de trinta por cento, comparativamente com vinte por cento de jovens com dependência (SNS, 2023).

No que diz respeito à equipa de enfermagem é constituída por doze elementos, incluindo o(a) enfermeiro(a) coordenador(a) da unidade, sendo que a maioria é detentora de especialidade, nomeadamente, um(a) enfermeiro(a) especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, um(a) enfermeiro(a) especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, um(a) enfermeiro(a) especialista em enfermagem de saúde comunitária, três enfermeiros especialista em enfermagem de reabilitação, dois enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica; sendo os restantes enfermeiros de cuidados gerais. Na área de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica existem atualmente dois enfermeiros(a)s, contudo um(a) dele(a)s apenas esta a exercer a função a tempo parcial, correspondente a dois dias por semana, desempenhando funções maioritariamente no âmbito da saúde escolar. No entanto, existe trabalho em equipa e a colaboração de todos os profissionais existentes, nos diversos programas e projetos implementados na UCC.

No que concerne ao plano de ação da UCC, toda a sua intervenção está estruturada ao longo do ciclo de vida da pessoa e em áreas definidas como prioritárias, de acordo com os problemas de saúde identificados no Plano Local de Saúde (PLS), do respetivo ACES a que pertence; nomeadamente as doenças cardiovasculares, diabetes melitus (DM), tuberculose, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), problemas oncológicos, como tumores malignos da

traqueia, brônquios e pulmão, do cólon e reto e, da mama; bem como problemas de abuso de álcool e patologias depressivas (Campos, 2019).

Relativamente ao programa de saúde mental implementado na UCC, o mesmo encontra-se a ser reestruturado, uma vez que até ao final do presente ano prevê-se a fusão dos cuidados de saúde primários com os cuidados diferenciados, que dará origem as conhecidas ULS, que contemplará a integração dos cuidados nos diferentes níveis de atuação, com benefícios quer para os profissionais de saúde, mas principalmente para os utentes, na medida em que existirá uma maior articulação entre todos os intervenientes, com o objetivo de aumentar os ganhos e saúde da população em geral.

O programa de saúde mental da UCC denomina-se “*Viver com o Envelhecimento e a Doença Mental*”, o qual nos remete para outra área que tem ganho relevância, com o envelhecimento populacional, a cognição, com um número crescente de pessoas com défices cognitivos, normalmente com alterações da memória como principal queixa, bem como, com doença de Alzheimer e outras demências. Paralelamente, existe todo um conjunto de patologias mentais associadas a comportamentos aditivos, quer seja o consumo de substâncias, o jogo e, mais recentemente com o advento das redes sociais, as problemáticas com a pressão e disfunção que as mesmas provocam na vida das pessoas, com maior incidência nos jovens. Por definição, na comunidade estão os problemas todos, pois é na comunidade que as pessoas estão inseridas (Neves, 2020).

Assim, nesta linha de pensamento um programa de saúde mental comunitário deve ter uma abordagem sistematizada e mais abrangente possível, de forma a prevenir e dar resposta ao maior número possível dos problemas anteriormente referidos.

De entre as várias abordagens possíveis para compreender a saúde e planejar as intervenções necessárias, as que se centram na família e se baseiam no ciclo vital de vida ganham maior ênfase, obtendo mais e melhores resultados. Esta justifica-se pelo facto de permitir uma melhor perceção, mais integrada do conjunto de problemas de saúde que devem ser prioridade para diferentes grupos etários, nos diferentes papéis sociais que os indivíduos vão assumindo ao longo da vida. A promoção da saúde mental e a prevenção da doença mental abrangem determinantes individuais, familiares, comunitários e sociais da saúde mental, ao reforçarem os fatores protetores, e ao diminuírem os fatores de risco e preditivos de doença mental (Campos, 2019). São dois domínios que estão interligados, na medida em que a promoção da saúde mental é, *per si*, a melhor estratégia para a prevenção da doença mental. Apesar desta conexão, têm domínios distintos, um focado na saúde, outro na doença (Sequeira & Sampaio, 2020). Nesta UCC o EESMP adquire um papel fulcral, na promoção da saúde mental na infância e adolescência, junto das crianças e adolescentes, integrando-se na equipe de modo a desenvolver intervenções especializadas e dirigidas ao contexto escolar, assim como a

promoção da saúde mental durante a gravidez e no puerpério, onde são desenvolvidas intervenções psicoeducativas e de suporte e apoio.

A promoção da saúde mental da população adulta ativa, em processos de transição e/ou adaptativos inerentes ao normal desenvolvimento humano, como, na parentalidade, luto, alterações laborais e intervenção na prevenção de comportamentos aditivos são extremamente relevantes. Por último, a promoção da saúde mental dos idosos, onde as intervenções de promoção nesta faixa etária visam melhorar a qualidade de vida do idoso e a sua inclusão na família e/ou comunidade.

Os projetos de saúde mental implementados atualmente na UCC são: intervir/incluir na demência, através da execução de sessões estruturadas individuais ou em grupo, de treino cognitivo e estimulação cognitiva, de acordo com as necessidades, realizadas no domicílio, ou nas instalações da UCC, ou em parcerias com estruturas da comunidade; capacitar/investir (n) o cuidador informal, com o objetivo de cuidar de quem cuida, visando a promoção da saúde mental destes cuidadores e diminuição da sobrecarga emocional e/ou física. E por último, a intervenção especializada dirigida aos utentes com perturbação mental, onde este projeto assenta, visando a adesão ao regime terapêutico, aceitação do estado do seu estado de saúde e promoção da reintegração social (Campos, 2019).

4.2 Atividades desenvolvidas

De todas as atividades desenvolvidas em contexto comunitário, salientamos as de cariz de promoção de saúde e prevenção da doença mental. Neste sentido foram várias as oportunidades experienciadas, das quais destacamos a observação e participação com o EESMP em programas e projetos de saúde mental implementados na UCC, como são exemplo, a intervenção junto de idosos integrados em centro dia, através da estimulação cognitiva entre outros. Também tivemos a oportunidade de desenvolver o trabalho em equipa multidisciplinar, bem como, a participação dos EESMP, na saúde escolar, na EPVA (Equipa de Prevenção de Violência no Adulto), no NACJR (Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco), no projeto do cuidador informal desenvolvido em articulação e colaboração como Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, e também na complementaridade de outras áreas de especialidade com a Enfermagem de saúde infantil e pediátrica e de saúde materna e obstétrica.

No que concerne a atividade diagnóstica deste contexto abrange uma ampla diversidade de diagnósticos de saúde mental e psiquiátrica, na medida em que, é na comunidade que estão presentes todos os problemas e perturbações de saúde mental e psiquiátrica.

Em contexto comunitário, a maioria das intervenções e das atividades desenvolvidas são efetivamente executadas na comunidade, quer seja nas escolas, lares e/ou centros de dia, bem como nas restantes estruturas sociais existentes, e no próprio domicílio dos utentes e famílias. Esta possibilidade da realização de visitas domiciliárias é uma grande vantagem para todos os intervenientes. Em primeiro lugar são os profissionais de saúde e em particular os EESMP que vão ao encontro dos utentes e famílias, pelo que entram no espaço habitual do utente/família, tendo o acesso mais facilitado para a recolha de dados e/ou informação relevante para a prestação de cuidados de Enfermagem mais significativos. Em segundo lugar, a relação terapêutica normalmente desenvolve-se mais facilmente, não existindo também, à partida as interferências habituais características dos contextos de saúde. Por último, o tempo dedicado aos utentes e famílias, gera uma proximidade maior com relacionamentos mais profundos e significativos, que se tornam importantes na prestação de cuidados de Enfermagem holísticos de saúde mental e psiquiátrica

Na área de intervenção e suporte familiar na doença mental destacamos a participação no Grupo Psicoeducativo de Familiares existente na UCC. Importa referir que este grupo é coordenado e dinamizado pela EESMP em colaboração com a restante equipa multidisciplinar da UCC. Para dar resposta as necessidades dos cuidadores familiares existem dois grupos formados, em quais tive a oportunidade de intervir. Consideramos esta oportunidade uma mais-valia para o desenvolvimento de competências especializadas enquanto futuro EESMP, bem como, no desenvolvimento de competências na área da intervenção familiar.

De forma a sistematizar a intervenção desenvolveu-se um estudo de caso a uma das cuidadoras incluídas no grupo mais recentemente formado, sendo a cuidadora principal do seu marido, totalmente dependente após Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico e posterior síndrome demencial.

O perfil dos cuidadores em Portugal é coincidente com o resto dos países mediterrânicos, onde a maioria da responsabilidade dos cuidados prestados aos utentes com elevado grau de dependência são assumidos por mulheres (cerca de 70% a 95%), com idade média acima dos 65 anos de idade e na grande maioria filhas ou esposas da pessoa a cuidar, algumas com patologias e/outras comorbidades associadas. É um modelo de prestação de cuidados centrado na família e, essencialmente nas mulheres, assumindo estas o papel de prestadoras de cuidados informais, de utentes com patologia mental crónica e/ou dependentes (Ferré-Grau & Sequeira, 2020). Segundo os autores, trata-se de um modelo intenso de cuidados, no que diz respeito ao tempo de dedicação, com grande impacto ao nível socioeconómico, de saúde e emocional. Sendo que este apoio e solidariedade familiar não se irá reduzir nem desaparecer, os estudos e modelos sociodemográficos e familiares permitem a afirmação que o modelo de cuidados familiares formais e informais terá de ser reestruturado com alterações significativas nos próximos anos (Ferré-Grau & Sequeira, 2020). De acordo com Sousa & Figueiredo (2007), citado por Ferré-

Grau & Sequeira (2020) os cuidados familiares às pessoas dependentes são assumidos como um processo natural, sendo culturalmente justificados e socialmente aceites; a assunção do papel das famílias tem vindo a compensar as fragilidades do sistema social português; o referido suporte social é inexistente e ineficaz, mesmo com as medidas implementadas para o apoio dos cuidadores; não existem registos consistentes relativamente aos cuidadores informais; e intervenções realizadas pelos cuidadores informais são insuficientes e fragmentadas. Neste contexto é fulcral e extremamente necessária uma maior articulação, numa ação conjunta entre as necessidades da família, a resposta dos profissionais e os recursos sociais destinados à atenção, à cronicidade e/ou dependência (Ferré-Grau & Sequeira, 2020). O papel de cuidador implica uma dedicação intensa e quase exclusiva, complexa nos casos de utentes com perturbações e/ou crónicas e em particular nos utentes totalmente dependentes. Esta dedicação exige que a vida do cuidador se organize em função de dar resposta às necessidades do utente que está a ser cuidado. Assim, é necessário um grande esforço para o familiar cuidador conseguir realizar ao mesmo tempo as suas outras tarefas de atividades de vida diárias. Todas estas rotinas diárias, como as questões laborais, familiares, de refeições ou de lazer são adaptadas em função do utente a ser cuidado (Ferré-Grau & Sequeira, 2020). Quando se fala do cuidado ao cuidador, não é só ao nível da sobrecarga física da execução das diversas tarefas, mas também deve ser dada ênfase ao domínio afetivo da relação interpessoal estabelecida entre o cuidador e o utente a ser cuidado. O cuidado do cuidador implica o reconhecimento do excesso da sobrecarga e/ou exaustão, tanto físico, como emocional. Para além disso, o cuidador enfrenta sentimentos de ambivalência e por vezes sentimentos de culpabilização, que se debatem com as necessidades de satisfação de “cuidar do seu membro da família” ou que é “seu dever e obrigação” (Ferré-Grau & Sequeira, 2020). Nesta perspetiva os enfermeiros em geral e em particular os enfermeiros especialistas de saúde mental e psiquiatria desempenham um papel essencial de “cuidar do cuidador”, pelo que são um elemento essencial para garantir cuidados de qualidade a estes utentes, a todos os níveis de atenção (Ferré-Grau & Sequeira, 2020). O familiar cuidador anteriormente referido apresenta com frequência modificação dos seus hábitos de vida, o que tem repercussões ao nível do seu estado de saúde geral, produzindo muitas vezes alterações do seu padrão, frequência e qualidade de sono, dos seus hábitos alimentares, assim como de exercício físico, comportamentos de procura de saúde, como o adiamento de consultas médicas de vigilância, por exemplo. Subjacente a este papel de cuidador, por vezes o próprio esquece-se de cuidar de SI, negligenciando o seu próprio autocuidado a todos os níveis, pelo que vai adotando comportamentos desadequados para a sua própria saúde (Ferré-Grau & Sequeira, 2020). A sua grande preocupação é que a sua própria saúde não seja alterada, apresentando como principal desejo de não adoecerem para poderem continuar a cuidar do seu familiar, o que em certa medida são posturas incongruentes. Nos cuidadores informais é identificada uma elevada prevalência de distúrbios psicopatológicos diretamente relacionados com o ato de cuidar. Entre

os mais frequentes são destacadas as perturbações de ansiedade, a depressão com ou sem ideação suicida e diversos outros distúrbios adaptativos com sentimentos persistentes de raiva, culpa ou perda causadores de grande sofrimento emocional persistente (Ferré-Grau & Sequeira, 2020). Assim, os cuidadores informais com pior saúde mental assumem como características predominantes ser do sexo feminino, de maior idade, com predomínio de neuroticismo, vulnerável ao stress, com maior sobrecarga física e emocional e maior grau de dependência cognitiva e emocional no idoso cuidado. Foi ainda salientado que as variáveis Vulnerabilidade ao stress, Implicações na vida pessoal e neuroticismo se revelaram predictoras da saúde mental dos cuidadores informais (André, et al., 2013). Os vários sintomas físicos e psíquicos constituem a síndrome do cuidador e aumentam muito a probabilidade de falha do familiar na prestação de cuidados. Como já foi referido anteriormente, nem sempre os cuidadores identificam os sintomas ou valorizam os mesmos, não procurando ajuda especializada para o tratamento, e para reduzir o desconforto muitas vezes recorrem a automedicação. Esta situação pode explicar a elevada percentagem de cuidadores, que sem estarem diagnosticados com ansiedade e/ou depressão, tomam alguns psicofármacos, em especial ansiolíticos e benzodiazepinas; e que esta percentagem pode ser a ponta do icebergue para os problemas e perturbações de saúde mental nesta população (Ferré-Grau & Sequeira, 2020). Neste contexto, é primordial que os enfermeiros saibam identificar os primeiros “sinais de alarme”, que indiquem que o familiar cuidador está cansado ou superar alguma situação, para que o possa ajudar e a identificar ou criar estratégias eficazes para evitar o agravamento e/ou cronicidade dos sintomas e em última linha a sobrecarga/exaustão do cuidador. As necessidades dos familiares cuidadores vão sofrendo alterações com o a progressão da doença, contudo as questões ao nível do autocuidado e a identificação precoce dos sintomas preditivos de sobrecarga, serão sempre um fator de proteção para se poder adaptar a essas necessidades passíveis de serem alteradas. O melhor tratamento para diminuir a sobrecarga e/ou mal-estar do cuidador é a sua prevenção e a melhor forma de realizar é com recurso a um suporte integral, ou seja, a implementação de um conjunto de medidas que visem facilitar e/ou tornar o seu trabalho de cuidador menos penoso, incentivando e fomentando a necessidade de ter um tempo livre para cuidar de si, e no fundo para satisfazer as suas próprias necessidades evitando o isolamento social, promover ferramentas e estratégias para a tomada de decisão consciente (Ferré-Grau & Sequeira, 2020). Em todos os contextos clínicos é importante a realização de uma avaliação inicial com a família, e programar as atividades e ações de acordo com as necessidades de mudança e prognóstico da evolução da doença. Para tal, é necessário que o enfermeiro realize entrevista familiar e psicoeducação sobre a doença (o que é a doença, as suas principais manifestações, eventuais sinais e sintomas, etc.), sobre o tratamento e respetiva adesão ao regime terapêutico, o prognóstico, os recursos de ajuda existentes, bem como mostrar disponibilidade e questionar sobre dúvidas e incertezas causadas por uma situação inesperada e que modificariam significativamente a relação familiar durante um longo período. Outro determinante

importante é a monitorização do processo de cronicidade requer uma boa coordenação e articulação entre os diferentes níveis de cuidados em que o utente e família são atendidos (Ferré-Grau & Sequeira, 2020), que atualmente ainda é deficitária. No apoio integral ao familiar cuidador o EESMP deve implementar medidas de suporte como: informação personalizada para cada família; formação adequada aos familiares cuidadores; suporte emocional ao cuidador; atenção para as necessidades e problemas de saúde do familiar cuidador e reforço positivo dos aspetos do cuidado (Ferré-Grau & Sequeira, 2020). Numa revisão integrativa da literatura sobre as necessidades dos cuidadores familiares de pessoas com demência a residir no domicílio, foi possível identificar as principais necessidades destes cuidadores e elencá-las em três grandes grupos: i) necessidades relacionadas com o cuidador familiar; ii) necessidades relacionadas com o papel de cuidador e iii) necessidades relacionadas com o contexto do cuidar (Sousa, et al., 2017). Da síntese das necessidades identificadas verifica-se que os cuidadores familiares manifestam mais necessidades relacionadas com o conhecimento, com a gestão de sintomatologia ansiosa e depressiva, com a gestão das relações familiares e sociais e com a falta de apoio institucional/formal (Sousa, et al., 2017). Salientam também a necessidades de partilhar experiências, dificuldades, preocupações e satisfações inerentes á prestação de cuidados. Como resposta às exigências emocionais que o cuidador familiar enfrenta é crucial atender à necessidade de desenvolver estratégias de coping eficazes, tal como técnicas de resolução de conflitos e de tomada de decisão. Por último, neste grupo de necessidades relacionadas com o cuidador familiar, temos a necessidade de desenvolver estratégias para manter a saúde física e mental, que é crucial face ao desgaste mental e físico associado ao cuidar prolongado. A literatura sugere um conjunto de alterações percecionadas pelo cuidador familiar na sua saúde, nomeadamente alterações do sono, preocupação com a sua saúde, necessidade de melhorar a sua qualidade de vida, reduzir o cansaço físico e aprender a relaxar. Quanto às necessidades relacionadas com o exercício do papel de cuidador familiar, englobam as exigências ligadas ao exercício do cuidar e os requisitos que o cuidador familiar deve preencher para poder cuidar da pessoa com demência. Assim, incluem a necessidade de desenvolver conhecimentos sobre a demência e as suas fases, e a necessidade de adquirir conhecimento sobre alterações psicológicas e comportamentais (Sousa, et al., 2017). Destaca-se que estes cuidadores apresentam muitas lacunas de informação; referindo não receber informação suficiente no momento do diagnóstico do seu familiar, informação suficiente sobre a progressão da doença nem sobre o tratamento farmacológico. Para os cuidadores familiares importa também desenvolver conhecimentos sobre gestão de comunicação e comportamento, pois uma das situações mais problemáticas no exercício do seu papel são as alterações de comportamento do familiar, como a agitação e a agressividade. A aquisição de conhecimento sobre estratégias adaptativas para cuidar da pessoa com demência no quotidiano é crucial; visto que independentemente do estágio da demência, o cuidador familiar necessita de prestar cuidados nas atividades básicas ou instrumentais de vida diária, seja através de supervisão ou

assistência, nos estádios inicial ou moderado; seja realizando as atividades pela pessoa que já se encontra totalmente dependente, no estágio grave da doença. Também é referido que para os cuidadores familiares uma das situações mais problemáticas no exercício do seu papel é a execução das atividades de vida diárias. Um ambiente estimulante e atividades que promovam a orientação e a estimulação cognitiva geral da pessoa com demência são fundamentais, principalmente nos estádios inicial e moderado. Por isso, é fundamental ensinar, instruir e treinar o cuidador familiar sobre este tipo de estratégias. De facto, as necessidades relacionadas com o conhecimento, nas suas mais variadas vertentes, são prementes para os cuidadores familiares, porque estão diretamente relacionadas com a exigência do papel de cuidador. A falta de conhecimentos para o cuidar e a falta de aconselhamento causa sentimentos negativos aos cuidadores familiares. Nas necessidades relacionadas com o contexto da prestação de cuidados estão incluídas a adaptação do ambiente às necessidades da pessoa, para assegurar um ambiente seguro e estimulante, e a gestão das relações familiares, sociais e laborais. A dificuldade em gerir o tempo, entre as suas diversas e exigentes solicitações é uma dificuldade e preocupação evidenciada pelo cuidador familiar, bem como conhecer recursos na comunidade e procurar apoio de instituições formais e/ou de associações que prestam serviços de apoio disponíveis para pessoas com demência. (Sousa, et al., 2017). Na mesma linha de pensamento, é necessária uma avaliação do autocuidado e do bem-estar do cuidador, pois sem uma correta avaliação, que origine a formulação de um diagnóstico de enfermagem, indicativo da existência (ou ausência) de sobrecarga (e em que grau), não é possível planear intervenções que ajudem ou apoiem efetivamente os cuidadores. É necessário saber se o cuidado prestado afeta a capacidade do cuidador para cuidar de si próprio e/ou do seu dependente, e em que medida o afeta. É esse conhecimento que orienta a intervenção de enfermagem (sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e sistema educacional). A ausência de uma intervenção eficaz na redução da sobrecarga, pode resultar em consequências para a saúde, quer para o cuidador quer para a pessoa cuidada. Um dos aspetos a destacar refere-se à importância das intervenções psicossociais e educativas, com vista ao desenvolvimento de estratégias de *coping* positivo, objetivando o envolvimento do cuidador, tornando-o capaz de controlar e modelar as situações de cuidados e adequar as respostas emocionais. De realçar igualmente a importância do apoio de profissionais de saúde, nomeadamente de enfermeiros, e do impacto das suas intervenções nas questões da sobrecarga, quer pelos cuidados que prestam diretamente aos idosos com dependência, quer pelo ensino, instrução e treino de competências promotoras da capacitação para a prestação de cuidados pelos cuidadores (Lopes & Arco, 2019). De acordo com Wright & Leahey, (2013) e Gomes (2016), citado por Henriques et al. (2017) o apoio e orientação do utente e respetivos cuidadores familiares é um domínio de competência da prática dos cuidados de enfermagem de valor inquestionável, cujos valores assentam no respeito pelas expectativas individuais das pessoas, vontade e poder para participar nas tomadas de decisão, atingindo assim os resultados

desejados. A especificidade da prática clínica do enfermeiro de saúde mental e psiquiatria engloba a excelência relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e a mobilização de competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade é um recurso essencial na dinamização dos grupos de suporte a cuidadores familiares que os ajude a encontrar vias de resolução dos problemas, melhorando o bem-estar de toda a família (Henriques, et al., 2017).

Face ao exposto, no decurso da entrevista clínica aplicamos a Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), onde se obteve um score de quarenta e cinco, que aponta para ausência de sobrecarga, revelando a eficácia do acompanhamento dado pela equipa multidisciplinar da UCC, há aproximadamente 4 anos. Paralelamente, aplicamos também, o Índice de Avaliação de Estratégias de *Coping* do Cuidador (CAMI), onde se obteve um score elevado nas três categorias, sendo o mais elevado nas perceções alternativas sobre a situação, que indica que é a estratégia mais utilizada pela utente. Ainda assim, de acordo com os contatos e sessões realizadas, bem como, com a opinião da enfermeira tutora e restante equipa, verificamos uma co-dependência física e emocional por parte da utente, verbalizando intensa preocupação quando tinha de deixar o marido aos cuidados dos filhos, não conseguindo delegar qualquer tarefa ligada ao processo de cuidados. Por essa razão, entendemos abordar este tema com a utente individualmente e em grupo, incentivando -a alterar alguns padrões e comportamentos diários, principalmente no que diz respeito a delegação de tarefas e a cuidar mais de si, retirando algum tempo diário para atividades da própria. Neste âmbito, foi desenvolvida psicoeducação individual e em grupo, sobre estratégias de *coping* e *coping* familiar, encontrando-se no Anexo IV o planeamento de uma das sessões desenvolvidas em grupo.

5 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Os ensinamentos clínicos permitem a aprendizagem de novos saberes e o desenvolvimento de competências de enfermagem especializada através da realização de diversas intervenções e da sua respetiva análise crítico-reflexiva.

Os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde. O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE) assistiu e atestou este panorama, reconhecendo diferentes especialidades na disciplina e atribuindo, conseqüentemente, o título de enfermeiro especialista. Este define-se como aquele a quem é validada competência tanto científica e técnica, quanto humana, na prestação de cuidados de enfermagem especializados numa (ou mais) das diferentes áreas de especialidade, as quais se traduzem em: Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Enfermagem de Reabilitação; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Comunitária (OE, 2019).

5.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 do Diário da República, 2.ª série – N.º 26 – 6 de fevereiro de 2019, independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns, das quais fazem parte integrante a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Na tabela 1 apresentamos as competências e o contexto onde as mesmas foram desenvolvidas.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista		Contexto		
		Cuidados Diferenciados	Internamento	Comunidade
Domínio	Competência			
Responsabilidade profissional, ética e legal.	Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional	X	X	X
	Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.	X	X	X
Melhoria Contínua da Qualidade	Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.	X	-	X
	Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.	X	X	X
	Garante um ambiente terapêutico e seguro.	X	X	X
Gestão dos cuidados	Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.	X	X	X
	Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.	X	-	X
Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.	X	X	X
	Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica	X	X	X

Tabela 1 - Tabela de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Legenda: X - competência desenvolvida e adquirida - Competência não desenvolvida no contexto assinalado

As atividades desenvolvidas permitiram o desenvolvimento das competências comuns aos enfermeiros especialistas.

Na 1ª Competência - **Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A)**, salientam-se as atividades:

- A elaboração dos estudos de caso (A1¹, A2²);
- A visita domiciliária de enfermagem de saúde mental (A1, A2);
- A realização de teleconsultas de enfermagem de follow-up (A1, A2);
- A participação em reuniões com parceiros sociais e equipa multidisciplinar (A1, A2);
- A realização das intervenções terapêuticas (A1, A2);
- A realização das sessões de psicoeducação (A1, A2);
- A elaboração das sessões e reflexões (A1, A2);
- A elaboração e apresentação do relatório de estágio (A1, A2).

¹ Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (OE, 2019, p.4745);

² Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019, p.4745).

Na 2ª Competência - **Melhoria contínua da qualidade (B)**, salientam-se as atividades:

- A ininterrupta revisão bibliográfica (B2);
- A participação em reuniões com parceiros sociais e equipa multidisciplinar (B1³, B2⁴);
- A elaboração das sessões e reflexões (B1, B2, B3⁵);
- A visita domiciliária de enfermagem de saúde mental (B1, B2, B3);
- A elaboração e apresentação do relatório de estágio (B1, B2).

³ Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (OE, 2019, p.4745);

⁴ Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em processos de melhoria contínua (OE, 2019, p.4745);

⁵ Garante um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019, p.4745).

Na 3ª Competência - **Gestão dos cuidados (C)**, salientam-se as atividades:

- A participação em reuniões com parceiros sociais e equipa multidisciplinar (C1⁶, C2⁷);
- A visita domiciliária de enfermagem de saúde mental (C1, C2);
- A realização de teleconsultas de enfermagem de follow-up (C1).

Na 4ª Competência - **Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)**, salientam-se as atividades:

- A elaboração dos estudos de caso (D1⁸, D2⁹);
- A ininterrupta revisão bibliográfica (D1, D2);
- A participação em reuniões com parceiros sociais e equipa multidisciplinar (D1, D2);
- A realização das intervenções terapêuticas (D1, D2);
- A realização das sessões de psicoeducação (D1, D2);
- A visita domiciliária de enfermagem de saúde mental (D1, D2);
- A realização de consultas de enfermagem de follow-up (D1, D2);
- A elaboração das sessões e reflexões (D1, D2);
- A elaboração e apresentação do relatório de estágio (D1, D2).

⁶ Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (OE, 2019, p.4745);

⁷ Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019, p.4745).

⁸ Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (OE, 2019, p.4745);

⁹ Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (OE, 2019, p.4745).

5.2 Competências específicas do Enfermeiro Especialista

Neste âmbito, procurámos integrar as competências do enfermeiro especialista, apresentadas pela OE no Regulamento das Competências Comuns do enfermeiro especialista, em quatro domínios fundamentais: o domínio da prestação de cuidados, o domínio da formação, o domínio da gestão e o domínio da investigação. Tivemos ainda em conta as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica: *a)* Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional; *b)* Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental; *c)* Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto; e *d)* Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica		Contexto		
		Cuidados Diferenciados	Internamento	Comunidade
Domínio	Competência			
Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.	Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.	X	X	X
Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.	Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.	X	-	X
	Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.	X	-	X
	Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.	X	-	X
Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.	Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.	X	-	X
	Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.	X	-	X

	Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.	X	-	X
	Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.	X	X	X
	Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.	X	X	X
Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.	Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental.	X	-	X
	Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação.	X	X	X
	Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.	X	X	X

Tabela 2 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Legenda: X - competência desenvolvida e adquirida - Competência não desenvolvida no contexto assinalado

Tendo conta os desafios da prática clínica, que nos permitiram a aprendizagem e a construção do conhecimento, com base nos quatros domínios e competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, apresentadas na tabela 2, procurámos durante o estágio identificar e desenvolver as competências referenciadas ao longo do estágio e em todos os contextos clínicos. Competências Especializadas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

No que diz respeito à aquisição das competências especializadas exigidas para um adequado desempenho enquanto futuro EESMP, o trabalho foi desenvolvido de forma contínua desde o primeiro dia de estágio, no sentido de aprimorar as competências previamente adquiridas e desenvolver e adquirir novas, potenciando as capacidades de intervenção no futuro.

O EESMP, *“compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais”* (OE, 2018, p. 21427).

O crescimento incessante do conhecimento, exige ao EESMP que integre constantemente as mais recentes descobertas decorrentes da investigação na sua prática diária, incrementando assim uma prática baseada na evidência, dirigida para os resultados em cuidados de enfermagem, e participando concomitantemente em projetos de investigação que apontem para um desenvolvimento do saber e das competências especializadas. É a partir do Regulamento n.º 515/2018 - Diário da República n.º 151/2018, Série II de 2018-08-07, da OE, que estão descritas as quatro competências específicas do EESMP:

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

Foi especialmente nesta competência, que incidiu o meu crescimento enquanto pessoa e profissional, tendo sido desenvolvida nos três contextos clínicos ao longo de todo estágio. Desde o primeiro dia de estágio, que procurámos manter uma postura correta e adequada perante os utentes e restante equipa multidisciplinar, comunicando assertivamente de forma a partilhar conhecimentos, expor dúvidas e receios, e evitar eventuais equívocos. Tentámos sempre adotar uma postura correta, cordial e profissional, com a equipa multidisciplinar, bem como, com os utentes e famílias, de forma a estabelecer uma relação terapêutica estável. Mantivemos um comportamento imparcial e adequado perante os utentes e famílias, respeitando as suas crenças e valores, evitando juízos de valor.

As atividades desenvolvidas para o atingir desta competência foram variadas, das quais salientamos: a elaboração um diário de bordo com o intuito de sistematizar a reflexão diária na ação e sobre a ação das experiências vivenciadas, gestão emocional recorrendo a estratégias adaptadas aos contextos, utentes, famílias e situações; identificação de

fenómenos de transferência e contratransferência durante a realização de intervenções psicoterapêuticas.

Paralelamente, pude experienciar o que significa estar em grupo, em relação com o grupo, vivenciar sentimentos mais profundos. Pude pôr-me à prova e perceber as minhas reações e a do outro em relação comigo, desenvolver estratégias e refletir sobre os meus sentimentos com os pares.

Foi igualmente possível refletirmos acerca das nossas crenças e valores pessoais, e perceber que estes não nos impedem de ajudar os utentes e famílias, sem opiniões ou juízos. Igualmente foi-nos possível perceber que a empatia no EESMP é fundamental para perceber psicologicamente o que o outro está a sentir ou a vivenciar naquela situação, ou seja, a capacidade de sairmos de nós mesmos e colocarmo-nos no lugar do outro, mas voltando a nós mesmos.

É importante referir que a aquisição e desenvolvimento desta primeira competência não é um processo acabado, pois vai ser continuamente desenvolvida enquanto pessoa e futuro EESMP, ao longo de toda a minha vida pessoal e profissional.

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

Esta competência foi atingida através do estudo de caso, estratégia utilizada e desenvolvida em todos os contextos de estágio e procurou sustentar-se numa avaliação abrangente do utente e família de modo a aprofundar a conceção de cuidados de Enfermagem utilizando linguagem classificada e indicadores de resultado.

Em contexto de **respostas diferenciadas** de HD e em **contexto comunitário**, executamos uma avaliação global que permitiu uma descrição da história de saúde mental dos utentes e famílias, bem como o estabelecimento de diagnósticos de Enfermagem. Foi possível executar a avaliação abrangente das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental dos utentes/famílias, permitindo uma avaliação das capacidades internas dos mesmos e dos recursos externos para manter e recuperar a saúde mental. Foi ainda avaliado o impacto do problema de saúde mental na qualidade de vida e bem-estar dos utentes e famílias, com ênfase na funcionalidade e autonomia, delineando uma proposta de intervenção. Foram prestados cuidados de âmbito psicossocial e psicoeducacional, mobilizando o contexto e dinâmica individual e familiar, de forma a manter ou melhorar a saúde.

Nestes dois contextos de estágio salientamos a participação em Grupos Psicoeducativos e de Suporte Familiar Multifamiliares onde foram desenvolvidas intervenções de psicoeducação. Os objetivos propostos vão de encontro aos critérios de avaliação, nomeadamente promover

a adesão ao tratamento em pessoas com perturbação ou doença mental de evolução grave ou prolongada, como foi a problemática em causa, a esquizofrenia. Os pressupostos da intervenção vão de encontro aos seguintes critérios de avaliação: ensinar os clientes acerca dos efeitos desejados e efeitos adversos das opções terapêuticas; educar e ajudar o cliente na avaliação do uso de alternativas terapêuticas complementares adequadas; prestar apoio às famílias de pessoas com doença mental grave incentivando a organização de grupos de ajuda; demonstrar sensibilidade e habilidade na abordagem de assuntos como sexualidade, abuso de substâncias, violência, comportamentos de risco; analisar o impacto dos sinais e sintomas psiquiátricos, planejar abordagens de acordo com a situação; considerar a disponibilidade para melhorar o autocuidado e comportamentos de saúde quando se está a ensinar pessoas com problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas. As intervenções desenvolvidas tiveram como propósito a promoção da reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais, assim e para que se torne possível esta reabilitação, torna-se fundamental envolver outros profissionais na definição de projetos que visem a reabilitação psicossocial da pessoa, contribuindo para melhorar os indicadores de morbilidade e mortalidade.

O presente trabalho reflete a importância da utilização das referidas competências específicas do EESMP no que diz respeito à reabilitação psicossocial e adaptação ao meio, dos utentes e famílias com DMG ou após PEP em adolescentes.

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

As intervenções do EESMP variam de acordo com o seu contexto e também com a população a quem se dirigem. O círculo da família, amigos, sociedade e recursos estão sempre presentes, sendo em muitos dos casos necessário recorrer à articulação com outras instituições, parceiros, equipas, projetos, de modo a permitir um melhor cuidado, considerando a pessoa como um ser bio-psico-social. Neste sentido torna-se importante referir que em contexto de respostas diferenciadas realizado em HD, integrei a ELSM, onde participamos em reuniões com parceiros sociais e multidisciplinares, com recurso a gestão de caso. Paralelamente, como já foi referido a participação num grupo psicoeducativo de suporte familiar de utentes com DMG, local privilegiado para facilitar a transição de doentes e famílias entre cenários de cuidados de saúde mental diferenciados e cenários de cuidados de saúde primários e unidades comunitárias para fornecer continuidade de cuidados e suporte ao cliente, família e outros prestadores de cuidados de saúde. A evidência científica demonstra desde há vários anos que é imprescindível a constante e adequada articulação

entre serviços de internamento e os da comunidade. A nível nacional existem projetos consistentes nestas áreas, além de haver um Plano Nacional de Saúde Mental, considerado um programa prioritário do Plano Nacional de Saúde, onde, em todas as circunstâncias, é sempre dado destaque para a articulação de cuidados. Contudo, na realidade, o cenário está longe de ser satisfatório. Uma boa articulação surge como sinónimo de rentabilização de recursos, de melhores respostas, de melhores resultados numa perspetiva biopsicosociocultural e espiritual, e maior satisfação para todos os envolvidos. Possibilita encontrar respostas transdisciplinares, numa perspetiva em que o todo é superior à soma das partes. Deve-se, portanto, apostar num trabalho de grupo colaborativo, estabelecendo, com maior frequência, a articulação com a comunidade e, desta forma, melhorar os cuidados de saúde mental e de psiquiatria (Carvalho, 2016). Esta reflexão permitiu-me: pensar no agir profissional ético e teoricamente sustentado enquanto futuro EESMP, inserido numa equipa multidisciplinar, tendo por base os valores profissionais, a evidência científica e a decisão dos utentes/família; conceptualizar o processo de cuidados de Enfermagem, traduzindo um pensamento de Enfermagem holístico e especializado.

Importa referir que foram realizadas entrevistas clínicas em todos os contextos, que serviram de ponto de partida para a recolha de dados, tornando viável a identificação de diagnósticos de Enfermagem, e, por conseguinte, a seleção da melhor abordagem para cada tipo de diagnóstico identificado nos utentes/família e na comunidade.

Para melhor identificação desses diagnósticos foram utilizados instrumentos de avaliação/escalas adaptados e validados para população portuguesa. Esteve sempre presente a identificação sistematizada dos resultados esperados através da avaliação das intervenções antes e depois da implementação dos projetos, no entanto o tempo do decurso dos estágios condicionou em parte a observação de ganhos em saúde.

Foi ainda possível neste contexto de estágio, maioritariamente na unidade do jovem, identificar os problemas e as necessidades específicas do adolescente e família; avaliar o impacto na saúde mental de múltiplos fatores de stress e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar; diferenciar exacerbação e recorrência de uma perturbação psiquiátrica, e de sinais e sintomas de um novo problema de saúde ou nova doença; identificar problemas de saúde inerentes à saúde mental e doenças psiquiátricas, incluindo problemas de saúde física.

Em contexto de **internamento** foi possível avaliar, detetar e atuar em emergências e de risco, para o próprio utente e outros, de forma a garantir um ambiente seguro no serviço, o menos restritivo possível e que garanta a segurança do utente em causa e restantes utentes internados. Foram desenvolvidos processos adaptados ao utente, nomeadamente de âmbito psicoterapêutico de reestruturação cognitiva, de forma a restaurar a saúde mental. Bem como prevenir a sua incapacidade e promover a sua recuperação funcional.

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

Esta quarta e última competência foi desenvolvida majoritariamente em **contexto comunitário** e de **respostas diferenciadas**, durante as intervenções desenvolvidas nos grupos psicoeducativos multifamiliares, nomeadamente no grupo de suporte familiar em HD e no grupo psicoeducativo de cuidadores familiares na UCC, onde a principal finalidade é promover a saúde mental e reduzir a sobrecarga do cuidador através de psicoeducação individual, familiar e em grupo. Foram também utilizadas intervenções socioterapêuticas a nível individual, familiar e de grupo, no sentido de capacitar os utentes/famílias para estabelecer metas realistas e desenvolver estratégias de *coping* eficazes. Neste contexto também foi abordada a pessoa com demência e o cuidador, para obter a máxima funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social do cuidador ao mesmo tempo, trabalha para prevenir a incapacidade e manter a saúde mental da pessoa com demência. Salientamos o desenvolvimento de psicoeducação sobre a adesão ao regime terapêutico, com o intuito de promover uma mudança significativa e durável no utente do ponto de vista psicológico e emocional. Este foi sempre envolvido e parceiro ativo na procura de soluções que, de algum modo, respondessem aos problemas identificados pelo mesmo. Consideramos a disponibilidade um ato essencial para promover/melhorar comportamentos de saúde. Neste seguimento, foi prestado também apoio às famílias através de intervenções psicoeducativas, a nível individual, familiar e em grupo, de modo a promover conhecimentos e competências sobre a experiência de doença mental e o regime terapêutico, bem como outros assuntos paralelos que causassem dúvidas e/ou receios no momento.

Nos dois contextos deu-se especial relevância à psicoeducação, contudo também foram desenvolvidas e implementadas intervenções psicoterapêuticas, nomeadamente: a realização de técnicas de relaxamento muscular; a escuta ativa, a estimulação e a reestruturação cognitiva, o aconselhamento, a intervenção familiar na DMG e a relação de ajuda.

Torna-se importante referir que na procura de novas situações de aprendizagem, assistimos ao “III Encontro do Núcleo de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da ULSM (NEESM)”, onde foram abordadas temáticas relativamente ao futuro da ESMP, no que diz respeito à supervisão clínica, à investigação e a sistematização em ESMP, tendo sido igualmente apresentadas estratégias e programas implementados em ESMP nos diversos contextos clínicos, como por exemplo, a promoção e prevenção de SM em situações de catástrofe. Igualmente participámos num seminário de ESMP no NursID Spring School 2023, organizado pela ESEP, onde foram apresentados projetos e estudos de investigação mais recentes na área de ESMP. Por último, participamos no Webinar Rumo ao Futuro: A importância da Promoção da Saúde Mental em Crianças e Adolescentes, onde foram abordadas várias

temáticas relacionadas com a prevenção do suicídio, bem como o desenvolvimento de competências emocionais nas crianças e adolescentes, fazendo referência ao projeto Mais Contigo coordenado e implementado por EESMP, que já é replicado em várias escolas a nível nacional; assistimos também ao Webinar “Enfermagem Às Quintas”, subordinado ao tema “Organização dos Serviços de Saúde Mental nas ULS”, os quais foram iniciativas da OE. Outro Webinar frequentado foi sobre a “intervenção Sistémica à Família”, organizado pela Escola Superior de Saúde do Norte Cruz Vermelha Portuguesa.

Estas participações também permitiram a aquisição de novos conhecimentos na área de ESMP, intervenção familiar, assim como, conhecer alguns projetos, que se estão a desenvolver nestas áreas, a nível nacional.

Um percurso de desenvolvimento de competências relativamente abrangente no decorrer deste estágio, mas que se afirma como processo contínuo na minha prática profissional, numa dinâmica de requalificação permanente dos limites e potenciais do meu exercício profissional.

6 SÍNTESE FINAL

De acordo com Boud, et al (1985), citado por (Peixoto & Peixoto, 2016) de uma forma geral a prática reflexiva corresponde às atividades, intelectuais e afetivas, em que os indivíduos se envolvem para explorar as suas experiências com o objetivo de concretizar uma nova compreensão (Peixoto & Peixoto, 2016).

Num artigo de revisão pelos autores supracitados foi possível concluir que a procura pela prática reflexiva na enfermagem assume importância ao nível da aprendizagem profissional e na apropriação e síntese do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros. Fundamentalmente assume-se como premissa para o desenvolvimento de profissionais mais autónomos e pensamento crítico. Entende-se, assim, que a prática reflexiva é, atualmente, vista como uma habilidade indispensável no contexto clínico dos estudantes de enfermagem, pois permite que os mesmos se tornem autoconscientes e prestem os melhores cuidados, com atitudes reflexivas pré, pós e na ação (Peixoto & Peixoto, 2016).

Neste sentido, torna-se pertinente realizar uma breve síntese reflexiva sobre o desenvolvimento do relatório de estágio, bem como, de todo o percurso de desenvolvimento de competências ao longo do estágio profissional.

Para uma efetividade de prestação de cuidados de enfermagem, a família tem de ser incluída nos cuidados e também esta tem de ser cuidada ao longo de todo o processo de doença, sob risco do adoecer mental se estender a toda a família que lida diariamente com as várias adversidades decorrentes do mesmo.

Ao longo do estágio a relação que estabelecemos com os utentes e famílias nos três contextos clínicos, permitiu-nos o estabelecimento de uma verdadeira relação terapêutica. A realização dos estudos de caso demonstrou de uma forma sistemática a especificidade de cada família. A interligação entre o que nos diz o estado da arte sobre a intervenção à família e o que vivenciamos na prática clínica, tanto na abordagem individual como nas duas abordagens a grupos de familiares mostra a influência da doença mental na família e a importância da inclusão desta no processo de cuidados. Com a participação nestes grupos multifamiliares percebemos que para capacitar estas famílias para lidar com a doença e reaprender a lidar com o familiar doente é necessário a combinação de dois fatores: por um lado um espaço de partilha de vivências e emoções e por outro lado um espaço educativo. A articulação entre o emocional e o educativo é que se traduz em verdadeiras aprendizagens.

As intervenções familiares devem ser uma estratégia a adotar por parte dos serviços, e serem implementadas por rotina nestes, pois os familiares também necessitam de um espaço terapêutico no qual possam expor as suas dificuldades e dúvidas, assim como sentirem-se

acolhidos por uma equipa. Esta atitude facilitará a interação saudável entre os membros da família e equipa de saúde, contribuindo para o sucesso terapêutico do utente, promovendo a saúde mental de cada elemento da família e a manutenção da unidade familiar.

Complementarmente a estas atividades os enfermeiros em geral e em particular os EESMP, devem também passar definitivamente a registar corretamente todas as suas intervenções, bem como as respetivas atividades que concretizam as mesmas, com recurso aos indicadores de processo e de resultado; especificamente no registo de intervenção baseado na reabilitação psicossocial e *recovery* dos utentes, através do desenvolvimento das suas competências específicas, de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal; avaliação abrangente da pessoa no contexto e desenvolvimento de projetos adaptados; projetos esses de recuperação centrados na pessoa, estimulando o empoderamento e a autoeficácia; e prestação de cuidados diferenciados, com mobiliza de intervenções de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, com recurso de estratégias motivacionais, pedagógicas e cognitivo-comportamentais.

Contudo, para que tal aconteça, será necessário existir uma mudança do atual modelo hospitalocêntrico, que tanto distancia as pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental dos serviços de saúde. Será também necessário e de acordo com o relatório bienal de 2000-2021 da mesa do colégio da especialidade de saúde mental e psiquiátrica uma reorganização da alocação dos respetivos enfermeiros especialistas em ESMP, uma vez que ainda existe um marcado predomínio de enfermeiros especialistas da área que se encontram na prestação de cuidados de Enfermagem gerais, e não na prestação de cuidados de Enfermagem especializados. Esta trata-se, essencialmente, de uma questão do domínio da gestão de recursos humanos em saúde que envolve a necessidade de sensibilizar os gestores para uma melhor rentabilização dos recursos humanos de que as instituições dispõem, com provável impacto nos ganhos em saúde dos cidadãos. Paralelamente, a escassez de enfermeiros especialistas em ESMP em exercício de funções nos CSP quando comparados, por exemplo, com aqueles que exercem funções no contexto hospitalar, o que não vai de encontro ao preconizado na referida reforma de saúde mental, onde está previsto o incremento da intervenção comunitária, pelo que urge a necessidade de se realizar uma revisão efetiva do atual paradigma de atuação (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica , 2022)

Atualmente, com a descentralização dos serviços hospitalares e com a integração dos cuidados psiquiátricos em hospitais gerais, assiste-se à vinda das pessoas com doença mental mais grave para a comunidade. Associada a esta realidade, e após o contexto pandémico, existe atualmente, uma maior sensibilização dos profissionais de saúde e da sociedade em geral para as problemáticas do âmbito da saúde mental (Neves, 2020).

Nesta linha de pensamento, uma das principais alterações do programa de saúde mental da UCC, faz todo o sentido, uma vez que está previsto que os utentes com DMG sejam

diretamente referenciados para as UCC, contudo estão a ser constituídos diferentes grupos de trabalho, bem como os centros de responsabilidade integrada na área da SMP, para uma definição mais concreta, dos critérios de referência, bem como, da sua operacionalização, através das diferentes atividades, estratégias e intervenções a implementar neste âmbito.

Face ao exposto, na minha opinião torna-se evidente a necessidade da alocação de mais enfermeiros especialistas em ESMP, em contexto comunitário, na medida em que um programa de saúde mental implementado na comunidade, abrange um grande e diversificado leque de atividades e intervenções, com objetivo de ser mais efetivo e significativo para a comunidade.

Em contexto comunitário, as questões ligadas ao aumento da literacia em saúde mental da população em geral são também de extrema importância, uma vez que a informação e a capacidade que cada um tem de a gerir é fundamental para a preservação da saúde. Assim, a promoção da saúde mental, através do aumento de conhecimento e capacitação das pessoas com estratégias que lhes permitam estar mais satisfeitas, gerir melhor as suas emoções, bem como as reações interpessoais, potencializarão as suas habilidades para enfrentar as adversidades que possam surgir (Sampaio, 2020).

As áreas de dificuldade expressas pelas famílias no cuidado aos familiares com DMG, como sejam a ambiguidade no que diz respeito à adesão à terapêutica, a complexidade da reaprendizagem no modo de comunicação do dia-a-dia para não ser percecionada como invasiva, bem como a grande dificuldade de aceitação da doença, exigem respostas do sistema de saúde, de uma forma ainda mais planeada, específica e personalizada às famílias. É necessário que a orientação e suporte emocional seja oferecida de modo sistematizado para dar maior segurança aos utentes e famílias (Henriques et al., 2017).

Atualmente, as intervenções familiares em todos os contextos ainda são muito centradas no indivíduo, pelo que terá que progressivamente haver uma alteração na atuação dos enfermeiros, consideramos por isso que seria benéfico a criação de um programa nacional de saúde familiar com diretrizes e orientações técnicas no âmbito da saúde familiar em todos os contextos.

Foi possível refletir acerca do papel diferenciador que os enfermeiros especialistas em ESMP, desempenham em todos os contextos de saúde, pelo que podem ser fundamentais e mais significativos, para a saúde mental das pessoas, uma vez que possuem conhecimento científico e preparação técnica, em articulação com todos os outros agentes de saúde. Nesta linha de pensamento, o conceito de saúde mental é holístico e envolve uma diversidade de fatores, como a família, o emprego, o local onde se vive e as questões sociais, pelo que os enfermeiros especialistas em ESMP, ao conhecerem a pessoa, a família e o seu contexto, têm reunidas condições de excelência para se constituírem como um elemento fulcral de ajuda às pessoas contribuindo para terem mais e melhor saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (CIPE/ICNP), .. I.C. (2019). *Ordem dos Enfermeiros* . Obtido de ICNP Browser: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Alves , J. M., Almeida, A. L., Pereira da Mata , M., & Pimentel, M. H. (2018). PROBLEMAS DOS CUIDADORES DE DOENTES COM ESQUIZOFRENIA: A SOBRECARGA FAMILIAR. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, N° 19 .
- André, S., Nunes , M., Martins, M., & Rodrigues , V. (24 de Abril de 2013). *Saúde mental em cuidadores informais de idosos dependentes pós-acidente vascular cerebral* , pp. 1-11.
- APA. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders V. 5.ª edição*.
- Arruda, B. B. (2015). *Emoções e perturbação emocional: reconhecimento de expressões faciais*. Porto.
- Beck, J. S. (2022). *Terapia-cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: 3ª edição Artmed.
- Brito, L. (2021). *Grupos Psicoeducativos Multifamiliares: ensinar e aprender a viver com a esquizofrenia*. Coimbra: Grácio Editor.
- Campos, P. M. (2019). *Viver com o Envelhecimento e a Doença Mental*. Porto .
- Carpenito-Moyet, L. J. (2018). *Manual de Diagnósticos de Enfermagem 10ª Edição*. Porto Alegre: Artmed.
- Carreiro, S. V., & Martins, R. (31 de Dezembro de 2008). *Caracterização dos Primeiros Surtos Psicóticos e Reavaliação após oito anos* , pp. 98 - 108.
- Carvalho, I., Bertolli, E. S., Paiva, L., Rossi, L., Dantas, R., & Pompeo , D. A. (2016). Anxiety, depression, resilience and self-esteem in individuals with cardiovascular diseases 1. *Revista Latino-Americana de Enfermagem n.º24*, 1-10.
- Carvalho, J. C., Barbieri Figueiredo, M. C., Fernandes, H. I., Vilar, A. I., Andrade, L., Santos, M. R., . . . Oliveira, P. (2012). *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto - UNIESEP | Núcleo de Investigação em Enfermagem de Família.
- Carvalho, J. C., Martinho, J., & Sampaio, F. (2020). Processo familiar. pp. 159-161.
- Carvalho, J. S. (2022). *O Suicídio no contexto do Primeiro Episódio Psicótico*. Porto.

- Carvalho, P. T. (2016). Andar a par: saúde mental, psiquiatria e cuidados de saúde primários. *Rev Port Med Geral Fam*, 300 - 302.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica - Os Fundamentos Existencial-Humanistas da Relação De Ajuda - volume 1*. Loures: Lusodidacta.
- Cohen, A., Glynn, S., Murray-Sweank, A., Barrio, C., Fischer, E., McCutcheon, M., . . . Dixon, L. (2008). The Family Forum: Guidelines for the Implementation of Family Psychoeducation for Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*.
- Corey, G. (2017). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. (10.ªed.): Cengage Learning, .
- Correia, D., & Paulino, M. (2013). *Manual de Psicopatologia - Entrevista e história psiquiátricas*. Lisboa: Lidel.
- Costa, N., Martins, H., Ferreira, J., Santos, M., Cardozo, A., & Loureiro, F. (21 de Fevereiro de 2021). O Cuidado Centrado na Pessoa. *Revisão narrativa da literatura: A teoria de sistemas de Betty Neuman*.
- Cuesta-Lozano, D., Lopez-Alcalde, J., Castro Molina, F., García Sastre, M., Maravilla Herrera, P., Muriel, A., . . . Carralero-Montero, A. (16 de Junho de 2022). Psychoeducation for the parents of people with severe mental illness.
- Decreto-lei 8/2010, de 28 de janeiro. (2010). Diário da República n.º 19/2010, Série I de 2010-01-28. *Cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinado às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência, independentemente da idade*. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 35/2023 de 21 de julho. (2023). Diário da República, 1.ª série N.º 141. *Aprova a Lei da Saúde Mental, altera legislação conexa, o Código Penal, o Código da Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade e o Código Civil e revoga a Lei n.º 36/98, de 24 de julho*, (pp. 1-22). Lisboa.
- DGS . (9 de Setembro de 2020). *Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental*. Obtido de Serviço Nacional de Saúde : <https://saudental.min-saude.pt/campanha-nacional-de-prevencao-do-suicidio/>
- Diário da República . (14 de Dezembro de 2021). Decreto-Lei n.º 113/2021 de 14 de dezembro. 1-15. Lisboa.
- Diário da República n.º 132/2017, Série I de 2017-07-11. (11 de Julho de 2017). Portaria n.º 207/2017. Lisboa. Obtido de Diário da República n.º 132/2017, Série I de 2017-07-11: <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/portaria/2017-116351585>

- Diário da República, 1.ª série - N.º 178. (14 de Setembro de 2009). Lei n.º 106/2009. *Acompanhamento familiar em internamento hospitalar.*
- Façanha, J. D. (2013). *AValiação DO RISCO DE SUICÍDIO - CONTRIBUTOS PARA A VALIDAÇÃO DO ÍNDICE NGASR PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA.* Coimbra .
- Felícia, F. M. (2016). *Intervenção à Família da Pessoa Adulta com Doença Mental Grave.* Lisboa : Escola Superior de Enfermagem de Lisboa .
- Fernandes, C. S. (2014). *A FAMÍLIA COMO FOCO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM - APRENDENDO COM O FAMILY NURSING GAME.* Porto.
- Ferré-Grau, C., & Sequeira, C. (2020). Enfermagem de Saúde Mental e os Cuidadores. Em C. Sequeira, & F. Sampaio, *Enfermagem em saúde Mental Diagnósticos e Intervenções* (pp. 313-317). Lisboa : Lidel.
- Figueiredo, M. H. (2009). ENFERMAGEM DE FAMÍLIA: UM CONTEXTO DO CUIDAR.
- Figueiredo, M. H., Pinto, M., Choupina, A. R., Melo, A., & Ribeiro, D. (2021). APLICAÇÃO DO MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR NA PRÁTICA CLÍNICA DE UMA FAMÍLIA NATRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE. *Pensar Enfermagem*, 20.
- Fortin, M.-F. (2000). *O Processo de Investigação Da Concepção à Realização.* Loures: Lusodidacta. <https://doi.org/9789728383107>
- Gotlib, I., & Joormann, J. (2010). *Cognition and depression: current status and future directions.*
- Healthnews . (4 de Maio de 2023). Obtido de Healthnews Jornalismo de Saúde : <https://healthnews.pt/2023/05/04/esquizofrenia-investigador-de-coimbra-vai-desenvolver-tratamento-inovador/>
- Henriques , C. M., & Santos, E. J. (9 de Dezembro de 2019). Avaliação familiar e processo de enfermagem: programa de desenvolvimento de competências. *Revista de Enfermagem Referência*, 31-40.
- Henriques, A., Catarino, E. J., Nunes, M. P., Botelho, M. A., Oliveira, C. S., Basto, M. L., . . . Gomes , I. D. (2017). Grupo de Suporte a Familiares de Pessoas com Doença Mental Grave: Reequilíbrio da Identidade no Quotidiano. *Pensar Enfermagem*.
- Herdman, T., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (2021-2023). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I.* 12.ª edição Thieme.
- Hofmann, S. G. (2004). Cognitive Mediation of Treatment Change in Social Phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 392-399.
- ICN, I. C. (28 de Maio de 2019). *Browser Cipe.* Obtido de Ordem dos Enfermeiros: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

- Leff, J. (2000). Family work for schizophrenia: practical application.
- Lei n.º 17/2024 de 5 de fevereiro. (2024). Lei n.º 17/2024. *Diário da República*, 1.ª série N.º 25 5 de fevereiro de 2024, (pp. 7 - 8). Lisboa.
- Lucksted, A., McFarlane, W., Downing, D., & Dixon, L. (Janeiro de 2012). Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice.
- Lyman, R., Braude, L., George, P., Dougherty, R., Daniels, A., Sushmita, G., & Miriam, R. (15 de Outubro de 2014). *Consumer and Family Psychoeducation: Assessing the Evidence*. Obtido de Psychiatric Services: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ps.201300266>
- Mata, J., Reis, A. I., & Brás, M. (30 de Junho de 2021). *PERFECCIONISMO, SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E ACONTECIMENTOS DE VIDA NEGATIVOS NA IDEAÇÃO SUICIDA EM JOVENS-ADULTOS*.
- McFarlane, W., McNary, S., Dixon, L., Hornby, H., & Cimett, E. (Julho de 2001). Predictors of dissemination of family psychoeducation in community mental health centers in Maine and Illinois.
- Mendes, M., Nogueira, V., Pereira, D., Fernandes, R., & Teixeira, J. (Novembro de 2020). *Suicídio e Depressão no Homem: Um Problema Subdiagnosticado?*
- Menzies, R., Richmond, B., Sharpe, L., Skeggs, A., Liu, J., & Coutts-Bain, D. (10 de Janeiro de 2024). The 'revolving door' of mental illness: A meta-analysis and systematic review of current versus lifetime rates of psychological disorders.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. (2022). *RELATÓRIO BIENAL 2020-2021*. Porto.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica. (23 de Janeiro de 2023). *Ordem dos Enfermeiros*. Obtido de PARECER DA MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE SAÚDE MENTAL E PSUIQUIÁTRICA N.º 01/2023: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28321/parecer-mceesmp-n%C2%BA-01-2023-hospital-de-dia-enquanto-contexto-de-est%C3%A1gio-no-%C3%A2mbito-do-programa-formativo-do-eesmp_anonimizado.pdf
- Ministério da Saúde. (2008). Decreto-lei 28/2008, de 22 de Fevereiro. *Diário da República* n.º 38/2008, Série I de 2008-02-22. Lisboa.
- Nações Unidas. (2017). Universal Declaration of Human Rights. *United Nations New York, New York 10017*, (pp. 1-14). United States of America.
- Nações Unidas, ONU. (10 de Setembro de 2023). *Dia Mundial da Prevenção do Suicídio realça perda de 700 mil pessoas por ano*. Obtido de ONU News Perspectiva Global Reportagens Humanas: <https://news.un.org/pt/story/2023/09/1820187>

- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman systems model*. Eds.
- Neves, P. (2020). Enfermagem de Saúde Mental na Comunidade. Em C. Sequeira, & F. Sampaio, *Enfermagem em Saúde Mental Diagnósticos e Intervenções* (pp. 298-300). Lisboa: Lidel.
- Nunes, I. (2018). *Promoção da autoestima: intervenções autónomas e especializadas de Enfermagem*. Lisboa.
- Oliveira, P., Fernandes, H., Vilar, A., Figueiredo, H., Ferreira, M., Martinho, M., . . . Martins, M. (7 de Abril de 2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: Nursing Care validação da escala Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. *ATTITUDES OF NURSES TOWARDS FAMILIES: VALIDATION OF THE SCALE FAMILIES'IMPORTANCE IN NURSING CARE - NURSES ATTITUDES*, pp. 1-7.
- OMS. (2021). *Cuidados de saúde primários*. Copenhaga.
- OMS. (9 de Julho de 2023). OPAS. Obtido de Organização Pan-Americana da Saúde: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>
- Ong, H. S., Fernandez, P. A., & Lim, H. K. (Maio de 2021). Engajamento da família como parte do manejo de pacientes com doença mental na atenção primária.
- Ordem dos Enfermeiros . (27 de Maio de 2020). *Ordem dos Enfermeiros Centro*. Obtido de Dimensões do cuidar nos cuidados de saúde primários: <https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/dimens%C3%B5es-do-cuidar-nos-cuidados-de-sa%C3%BAde-prim%C3%A1rios/>
- Ordem dos Enfermeiros . (2023). TOMADA DE POSIÇÃO N.º 01/2023 DA MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE COMUNITÁRIA. *REFERENCIAL EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR*, (pp. 1-2). Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2.ª série – N.º 26 – 6 de fevereiro de 2019*. Lisboa .
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem*. Lisboa : Papa-Letras.
- Peixoto, N. M., & Peixoto, T. A. (Outubro/Novembro/Dezembro de 2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Reflective practice among nursing students in clinical teaching*, p. 121.132.

- Pereira, P., & Botelho, M. A. (2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem Vol. 18 N.º 2*, 1 - 13.
- Pinho, L. G., Sampaio, F., Sequeira, C., Martins, T., & Ferré-Grau, C. (2020). Cognitive insight in psychotic patients institutionalized and living in the community: and examination using the Beck Cognitive Insight Scale. *Psychiatry Research*.
- S. Figueiredo, M. H., & S. Martins, M. M. (2010). AVALIAÇÃO FAMILIAR: DO MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA AOS FOCOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM. *Cienc Cuid Saude*, 1-8.
- Sampaio, F. (2020). Promoção da Saúde Mental e Prevenção da Doença Mental. Em C. Sequeira, & F. Sampaio, *Enfermagem em Saúde Mental Diagnósticos e Intervenções* (pp. 49-67). Lisboa: Lidel .
- Santos, B., Gonçalves, P., Sequeira, C., & Pilar, M. C. (2020). Intervenções em Saúde Mental e Psiquiátrica. Em C. Sequeira, & F. Sampaio, *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (pp. 186-191). Lisboa: Lidel.
- Santos, J. C. (2006). Emoção Expressa e Comportamentos Para-suicidários. *Tese de Doutoramento em Saúde Mental*.
- Santos, J. C., Rese, M. P., Simões, R. P., Façanha, J. N., Marques, L. A., Matos, M. E., . . . Quaresma, M. H. (2021). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Santos, J., Gomes, A., Orgambidez-Ramos, A., Giger, J., & Figueiredo, L. (2017). Evidências psicométricas da versão portuguesa da Escala de Clareza do Autoconceito. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 3-15.
- Sequeira. (2006). Introdução à Prática Clínica - do diagnóstico à intervenção em Saúde Mental.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. 1.ª edição. Lidel.
- Silva, C., & Brandão, M. (2012). Impacto da Gestão da Ansiedade em Pessoas Internadas com o Diagnóstico de Depressão. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*.
- Simões, R., Santos, J. C., Gonçalves, A., & Sequeira, C. (2021). Comportamento Autodestrutivo. Em C. Sequeira, & F. Sampaio, *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (pp. 141 - 146). Lisboa: Lidel.
- Sin, J., & Norman, I. (Dezembro de 2013). Psychoeducational interventions for family members of people with schizophrenia: a mixed-method systematic review.

- SNS. (2019). *Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento das Unidades de Cuidados na Comunidade RELATÓRIO DE ATIVIDADES 2017-2019*. Lisboa .
- SNS, S. N. (24 de Junho de 2023). *BI-CSP Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. Obtido de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10030/1133455/Pages/default.aspx>
- Sousa, L., Sequeira , C., Ferré-Grau, C., Martins, D., Neves, P., & Lleixà-Fortuño, M. (30 de Abril de 2017). *NECESSIDADES DOS CUIDADORES FAMILIARES DE PESSOAS COM DEMÊNCIA A RESIDIR NO DOMICÍLIO: REVISÃO INTEGRATIVA*, pp. 1-7.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência.
- Townsend, M. C. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica . Em M. C. Townsend, *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica* (pp. 179-198). Loures : Lusociência .
- Wright, M. L., & Leahey, M. (2012). *ENFERMEIRAS e FAMÍLIAS* . São Paulo: 2012.
- Xavier, M., Gonçalves Pereira, M., Barahona Corrêa, B., & Caldas de Almeida, J. M. (2002). *QUESTIONÁRIO DE PROBLEMAS FAMILIARES: DESENVOLVIMENTO DA VERSÃO PORTUGUESA DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE SOBRECARGA FAMILIAR*. *Psicologia, Saúde e Doenças*, pp. 165-177.

ANEXOS

Anexo I - Planeamento das Sessões de Reestruturação Cognitiva

Tema	Sessão 1: Iniciação				
Data	02 /10/2023	Horário	Início: 15:30 Fim: 16:30	Local	Gabinete clínico
Cliente	A.				
Enfermeiro/a	Fábio Pinheiro				
	Duração	Conteúdos			
Introdução	20min	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento do utente e apresentação; - Informar acerca da intervenção psicoterapêutica de reestruturação cognitiva e o seu objetivo geral, esclarecimento de dúvidas e inclusão do utente nas sessões; - Concretizar o contrato terapêutico (escrito) com o utente, para o desenvolvimento das sessões, bem como a definição do(s) objetivo(s) específico(s) da intervenção; - Explicar o funcionamento da sessão e o objetivo concreto da primeira sessão; - Avaliar o humor do utente, através da descrição subjetiva do utente, questionando-o como se tem sentido esta semana, inclusive hoje; 			
Desenvolvimento	30min	<ul style="list-style-type: none"> - Enquadrar a entrevista clínica com os diagnósticos de enfermagem identificados; - Incentivar o utente a exprimir abertamente os seus principais sintomas, pensamentos, emoções e comportamento associados ao diagnóstico (s) ativo(s) e efetuar o seu registo; - Tentar identificar alguns dos pensamentos automáticos do utente durante a sessão e proceder ao seu registo; 			
Conclusão	10min	<ul style="list-style-type: none"> - Resumir e avaliar a sessão; - Clarificar todas as dúvidas existentes; - Propor ao utente o preenchimento da tabela de registo diário de pensamentos; - Explicar as atividades a desenvolver na sessão seguinte; - Agendar a próxima sessão; - Terminar a sessão, acompanhando-a à porta, com cumprimento de despedida formal. 			

Tema	Sessão 2: Exploração				
Data	04 /10/2023	Horário	Início: 10:30 Fim: 11:30	Local	Gabinete clínico
Cliente	A.				
Enfermeiro/a	Fábio Pinheiro				
	Duração	Conteúdos			
Introdução	10min	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento do utente; - Explicar o funcionamento da segunda sessão e o seu objetivo; - Realizar breve resumo da sessão anterior; - Avaliar o humor do utente, através da descrição subjetiva do utente, questionando-o como se tem sentido esta semana, inclusive hoje; bem como, a aplicação Inventário de Depressão de Beck - II; 			
Desenvolvimento	40min	<ul style="list-style-type: none"> - Analisar com o utente o registo diário de diário de pensamentos; - Pedir ao utente a partilha e identificação da(s) situação(ões) / acontecimentos (internos ou externos) escritos na primeira coluna, associados com a emoção desagradável que teve ou com o comportamento mal -adaptativo adotado; - Proceder à identificação do pensamento(s) automático(s) e/ou imagens que lhe vieram à cabeça (antes, durante e após) o acontecimento ou comportamento mal adaptativo; - Questionar o utente quão acredita nesse(s) pensamento(s), bem como, proceder a análise da evidência que o pensamento automático é verdadeiro / não verdadeiro? - Incentivar a partilha da(s) emoção(ões) sentidas (antes, durante e após) o acontecimento ou comportamento mal -adaptativo; - Questionar o utente quão intensa (0 - 100%) foi essa emoção; - Identificar as distorções cognitivas escritas na quinta coluna e questionar o utente se existe alguma explicação alternativa, bem como o efeito da sua crença no seu pensamento automático e, qual poderia ser o efeito caso ele mudasse o seu pensamento; - Questionar hipoteticamente o utente, se a Y (nome da esposa) estivesse nesta situação e tivesse o mesmo pensamento, o que é que ele lhe diria?; - Questionar o utente quanto é que agora acredita em cada pensamento, bem como, que emoção sente agora e a respetiva intensidade; - Questionar o utente que seria bom fazer?; 			
Conclusão	10min	<ul style="list-style-type: none"> - Resumir e avaliar a sessão; - Clarificar todas as dúvidas existentes; - Explicar as atividades a desenvolver na sessão seguinte; - Agendar a próxima sessão; - Terminar a sessão, acompanhando-a à porta, com cumprimento de despedida formal. 			

Tema	Sessão 3: Exploração				
Data	08 /10/2023	Horário	Início: 10:30 Fim: 11:30	Local	Gabinete clínico
Cliente	A.				
Enfermeiro/a	Fábio Pinheiro				
	Duração	Conteúdos			
Introdução	20min	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento do utente; - Explicar o funcionamento da segunda sessão e o seu objetivo; - Realizar breve resumo da sessão anterior; - Avaliar o humor do utente, através da descrição subjetiva do utente, questionando-o como se sentiu desde a última sessão; 			
Desenvolvimento	30min	<ul style="list-style-type: none"> - Continuar a analisar com o utente o registo diário de diário de pensamentos; - Fornecer ao utente a “folha da sua vida”; - Incentivar a cliente a refletir e escrever na primeira os aspetos positivos e pessoas significativas na sua vida; - Incentivar a partilha dos aspetos positivos e pessoas significativas na sua vida; - Refletir sobre os recursos existentes e os possíveis recursos que podem auxiliar e desenvolver em uma atividade de prazer em família e/ou pessoas significativas; - Solicitar o preenchimento da segunda coluna da folha previamente fornecida com estratégias que poderá utilizar perante uma situação de stress; - Identificar e avaliar as estratégias de coping anteriormente implementadas pelo utente em situações específicas; 			
Conclusão	10min	<ul style="list-style-type: none"> - Resumir e avaliar a sessão; - Clarificar todas as dúvidas existentes; - Explicar as atividades a desenvolver na sessão seguinte; - Agendar a próxima sessão; - Terminar a sessão, acompanhando-a à porta, com cumprimento de despedida formal. 			

Tema	Sessão 4: Exploração				
Data	09 /10/2023	Horário	Início: 10:30 Fim: 11:30	Local	Gabinete clínico
Cliente	A.				
Enfermeiro/a	Fábio Pinheiro				
	Duração	Conteúdos			
Introdução	20min	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento do utente; - Explicar o funcionamento da segunda sessão e o seu objetivo; - Realizar breve resumo da sessão anterior; - Avaliar o humor do utente, através da descrição subjetiva do utente, questionando-o como se sentiu desde a última sessão; 			
Desenvolvimento	30min	<ul style="list-style-type: none"> - Continuar a analisar com o utente o registo diário de diário de pensamentos; - Fornecer ao utente a “folha da sua vida”; - Incentivar a cliente a refletir e escrever na primeira os aspetos positivos e pessoas significativas na sua vida; - Incentivar a partilha dos aspetos positivos e pessoas significativas na sua vida; - Refletir sobre os recursos existentes e os possíveis recursos que podem auxiliar e desenvolver em uma atividade de prazer em família e/ou pessoas significativas; - Solicitar o preenchimento da segunda coluna da folha previamente fornecida com estratégias que poderá utilizar perante uma situação de stress; - Identificar e avaliar as estratégias de coping anteriormente implementadas pelo utente em situações específicas; 			
Conclusão	10min	<ul style="list-style-type: none"> - Resumir e avaliar a sessão; - Clarificar todas as dúvidas existentes; - Explicar as atividades a desenvolver na sessão seguinte; - Agendar a próxima sessão; - Terminar a sessão, acompanhando-a à porta, com cumprimento de despedida formal. 			

Tema	Sessão 5: Instrução e treino				
Data	10/10/2023	Horário	Início: 10:30 Fim: 11:30	Local	Gabinete clínico
Cliente	A.				
Enfermeiro/a	Fábio Pinheiro				
	Duração	Conteúdos			
Introdução	15min	<ul style="list-style-type: none"> - Acolher do utente; - Explicar o funcionamento da quarta sessão e o seu objetivo; - Abordar com o utente, aspetos positivos sobre a sessão anterior e as tarefas realizadas; 			
Desenvolvimento	30min	<ul style="list-style-type: none"> - Questionar o utente como “ele se vê” no regresso a casa e ao trabalho; - Ensinar e instruir <i>Mindfulness</i> dos pensamentos e da autocompaixão; - Propor ao utente a realização de um exercício prático de <i>mindfulness</i> (5 minutos); - Questionar o utente quão intensa é a sua emoção (tristeza) agora (0 - 10), como foi e o que observou; - Questionar o utente se houve dispersão da mente; - Questionar o utente se conseguiu trazer de volta a atenção para a respiração; - (Em caso de responder afirmativamente), questionar o que isso diz sobre a sua capacidade de abandonar os pensamentos ruminantes; - Questionar o utente que conclusões tira, se foi útil e se seria bom colocar em prática no seu dia-a-dia?; - Ensinar sobre estratégias imagéticas (que visam a alteração das imagens negativas e distorcidas do utente); - Orientar para associação de estratégias imagéticas associadas aos problemas/dificuldades relatados no registo diário de pensamentos e os respetivos aspetos da sua vida; - Analisar e discutir a pertinência de cada uma dessas estratégias; - Instruir a substituição de pensamentos negativos / disfuncionais, erros cognitivos e crenças por pensamentos mais adequados; - Treinar a substituição de pensamentos negativos / disfuncionais, erros cognitivos e crenças por pensamentos mais adequados; - Encorajar o utente a fazer “experiências” para testar os seus pensamentos, emoções e comportamentos relativamente às alternativas treinadas; - Abordar com o utente quais as estratégias mais eficazes a adotar aquando da alta clínica do utente; 			
Conclusão	10min	<ul style="list-style-type: none"> - Resumir e avaliar a sessão; - Clarificar todas as dúvidas existentes; - Explicar as atividades a desenvolver na sessão seguinte; - Agendar a próxima sessão; - Terminar a sessão, acompanhando-a à porta, com cumprimento de despedida formal. 			

Tema	Sessão 6: Conclusão				
Data	11/10/2023	Horário	Início: 10:30 Fim: 11:30	Local	Gabinete clínico
Cliente	A.				
Enfermeiro/a	Fábio Pinheiro				
	Duração	Conteúdos			
Introdução	15min	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento do utente; - Explicar o funcionamento da sexta sessão e o seu objetivo; - Realizar breve resumo da sessão anterior; 			
Desenvolvimento	30min	<ul style="list-style-type: none"> - Abordar com o utente, aspetos positivos sobre a sessão anterior e das tarefas realizadas, incentivando a sua partilha e reflexão; - Encorajar ao planeamento de atividades para o futuro; - Partilhar e discutir as atividades planeadas pelo utente para o futuro; - Encorajar o utente a rever as “experiências”, para testar os seus pensamentos, as suas emoções e os seus comportamentos relativamente às alternativas treinadas - Propor a manutenção de tarefas de automonitorização e autocorreção de pensamentos, em casa, através da continuação da elaboração do diário e reflexões (tabela de registo diário de pensamentos) e a aplicação de estratégias treinadas nas sessões; - Identificar as expetativas e estabelecer objetivos futuros com o utente; - Aplicar Questionário de Ideação Suicida (aplicado na entrevista clínica), bem como o Inventário de Depressão de Beck - II (aplicado na sessão 2); 			
Conclusão	10min	<ul style="list-style-type: none"> - Sugerir consultas de acompanhamento e de <i>follow up</i> (encaminhamento para Hospital Dia/ Psicoterapia); - Obter feedback relativamente aos benefícios que sentiu no decorrer da intervenção; - Clarificar todas as dúvidas existentes, abrindo espaço para que as exponha; - Efetuar a avaliação fina das sessões; - Terminar a sessão, acompanhando-a à porta, com cumprimento de despedida formal. 			

Anexo II - Consentimento Informado - Nota Informativa



Consentimento informado - Nota informativa

Venho solicitar a sua participação num estudo de caso no âmbito do estágio de natureza profissional que estou a realizar no Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Caso aceite, ser-lhe-á facultado um questionário que deve preencher. Não existem respostas certas ou erradas, apenas a sua opinião sobre o determinado tema proposto. Após a conclusão do estudo os questionários serão destruídos.

Dispõe de tempo para refletir sobre a sua participação.

A sua participação é voluntária pelo que a qualquer momento poderá desistir de participar e retirar o seu consentimento. A sua não participação ou desistência não implica qualquer prejuízo ou inconveniente.

Asseguro que as informações dadas por si são anónimas, pois apenas serão recolhidos dados sociodemográficos relativos à idade, género e temática no âmbito do processo saúde/doença que serão utilizadas somente por mim no âmbito deste estudo.

Na eventualidade de desejar mais informações pode colocar as questões que desejar no decurso do estudo.

Desde já agradecemos a sua colaboração.

Os responsáveis

Júlia Marques; Fábio Pinheiro

julia@esenf.pt; ep10647@esenf.pt

Anexo III - Sessão de Psicoeducação Familiar sobre Adesão Terapêutica

O que é a Esquizofrenia?

É um transtorno mental crónico e grave que afeta a maneira como a pessoa:

1. Pensa
2. Sente
3. Comporta



CAUSAS

01 Genética

02 Qímicos

+

03 Ambientais

04 Stress

Sintomas

- Normalmente surgem na adolescência ou início da idade adulta
- Podem variar na sua intensidade e duração
- Podem ser episódios de deterioração severa, ou então sintomas leves de forma intermitente



Sintomas Psicóticos

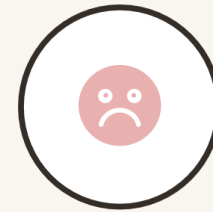


Sintomas Psicóticos (+)



Delírio

- Convicções/crenças que o doente tem, mais ou menos bizarra.
- Acredita de forma fixa e irredutível pela lógica (por mais que se argumente e prove, o doente não muda de ideias)



Alucinação

- Visualização de algo ou sentir coisas que não estão lá;
- Estimulações sensoriais que não existem (tem que estar envolvido um dos cinco órgãos dos sentidos);



Sintomas Psicóticos (-)

- Postura mais reservada e retraída em termos afetivos;
- Perda da satisfação e interesse em realizar atividades diárias;
- Apatia (estado de indiferença ou supressão de emoções);
- Disfunção da atenção;
- Perda de iniciativa e motivação



02

Tratamento

Existe tratamento adequado e eficaz e os doentes podem ter vidas produtivas



Tratamento

Medicação

1

Antipsicóticos IM de duração prolongada

Apoio Psicológico

2

Suporte emocional

Apoio Social e Ocupacional

3

Reintegração social e terapias ocupacionais

Psicoterapia

4

Terapias Cognitivas Comportamentais

Tratamento de outros Sintomas



Ansiedade



Humor



Depressão



Auto-cuidado



Ajude a Ajudar-se: Cumpra a Medicação



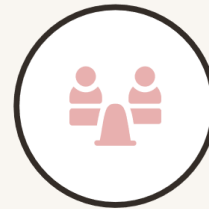
Diga **SIM** à medicação



Tenha um **PAPEL ATIVO** no tratamento



Seja **OTIMISTA** em relação ao futuro



Ajuda **PROFISSIONAL**

Crenças Pessoais em relação à Medicação



Pessoais



Familiares e
Culturais



Positivas e
Negativas

Quais são as suas crenças (forma de pensar) em relação à medicação?

Vantagens da toma da medicação?



Diminuição dos
SINTOMAS e
REINTERNAMENTOS



Melhoria da
CONCENTRAÇÃO e
PENSAMENTOS
claros



Melhoria da
QUALIDADE do
SONO



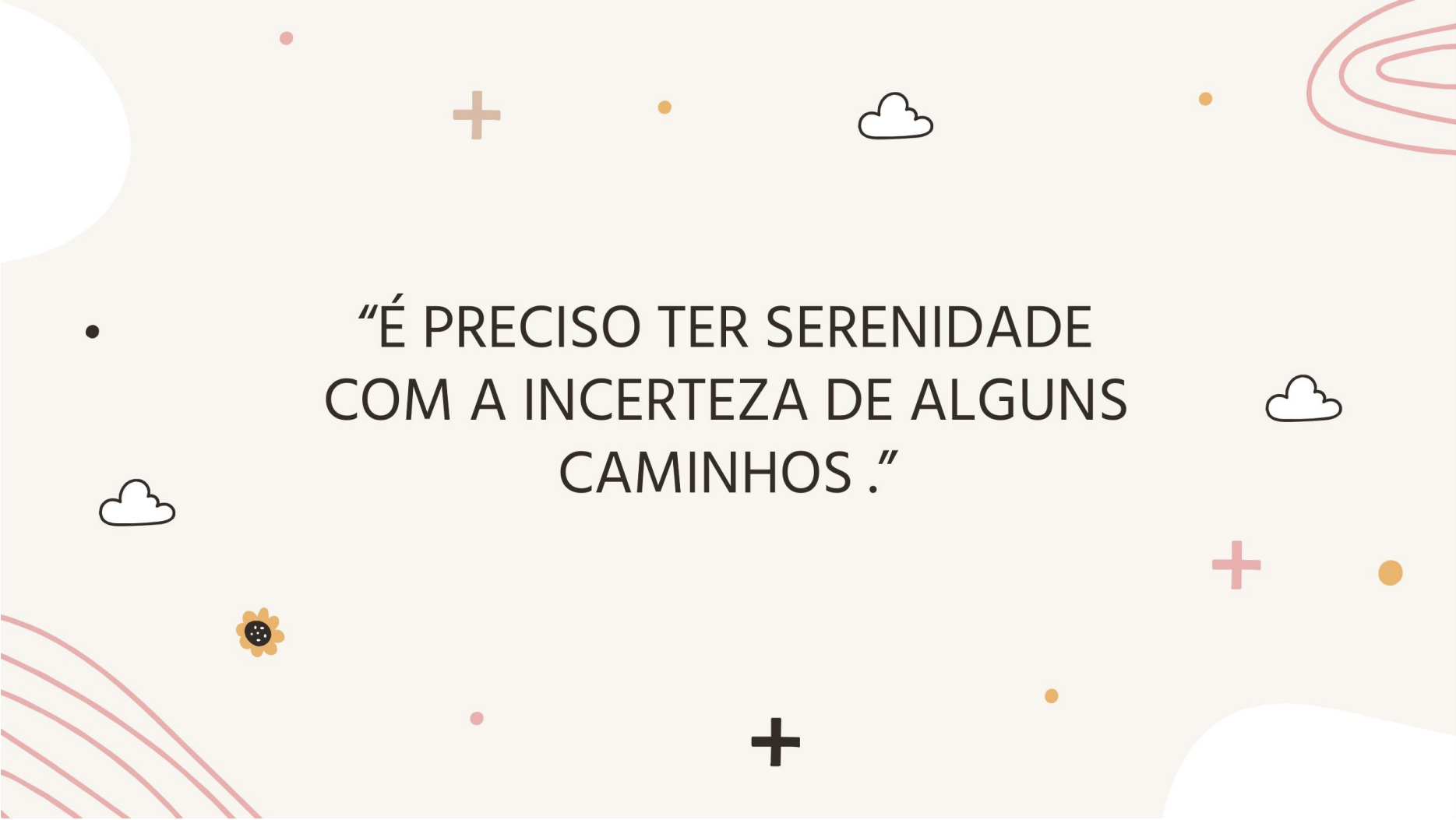
OBJETIVOS e
PROJETOS DE
VIDA



Diminuir e
Previne **RECAÍDAS**



Menos Stress e
aumento do **BEM**
ESTAR e
melhoria da sua
VIDA



“É PRECISO TER SERENIDADE
COM A INCERTEZA DE ALGUNS
CAMINHOS.”



**Uma Imagem Vale.
Mais do que Mil
Palavras...**

Principais Grupos de Psicofármacos

Antidepressivos	Estabilizadores de Humor	Antipsicóticos (neurolépticos)	Ansiolíticos e Sedativos
<p>Podem reduzir os sintomas de depressão (presença de tristeza, angústia, desinteresse, falta de energia, alterações do sono e do apetite...)</p> <p>Também são úteis na ansiedade</p>	<p>Podem ajudar a diminuir as variações do humor como manifestações da depressão e mania</p>	<p>Podem ajudar a reduzir as alucinações, delírios, alterações do comportamento, do pensamento e discurso</p>	<p>Podem ajudar na redução da ansiedade e na dificuldade em dormir</p>



Efeitos secundários

- Como todos os medicamentos têm efeitos indesejáveis;
 - Varia de pessoa para pessoa (respostas diferentes);
 - Umhas vezes são ligeiros, por vezes não apresentam nenhuns, enquanto que outras vezes têm estes efeitos mais significativamente;
- Dependem de fatores como a idade, sexo, interação com outros medicamentos;
 - Na maioria dos casos são temporários



Se apresentar Efeitos Secundários...

- Não abandonar a medicação que acha responsável por esses efeitos;
 - É importante o diálogo com o seu Médico e Enfermeiro:
 - Vai ajudar a avaliar a situação e a propor soluções alternativas.

ALTERNATIVAS DO MÉDICO:

- Reduzir a medicação;
- Mudar de medicamento;
- Associar outro medicamento para corrigir os efeitos secundários

É IMPORTANTE RECONHECER E SABER LIDAR COM OS EFEITOS SECUNDÁRIOS!



Não Adesão à Terapêutica...Porquê?



- Compreender as principais causas da dificuldade em reconhecer a necessidade de tomar a medicação;
- Não acreditar na eficácia da medicação;
- Preocupação com os efeitos secundários ;
- Esquecimentos;
- Preço;
- Sintomas da própria doença;
- A escolha da medicação pode ser uma questão complexa;
- As pessoas respondem de forma diferente à medicação;
- Partilhar com alguém como se sente é muito importante;
- Colaborar no seu tratamento;
- Pode demorar algum tempo até ser encontrada a dose certa dos medicamentos que mais o ajudam e com menos efeitos secundários;
- Os medicamentos para os problemas de saúde mental podem não atuar logo; aguardar algum tempo até atingir os efeitos pretendidos.



Melhorar a Adesão – Estratégias

RELAÇÃO DE CONFIANÇA COM OS TÉCNICOS DE SAÚDE / ALIANÇA TERAPÊUTICA!

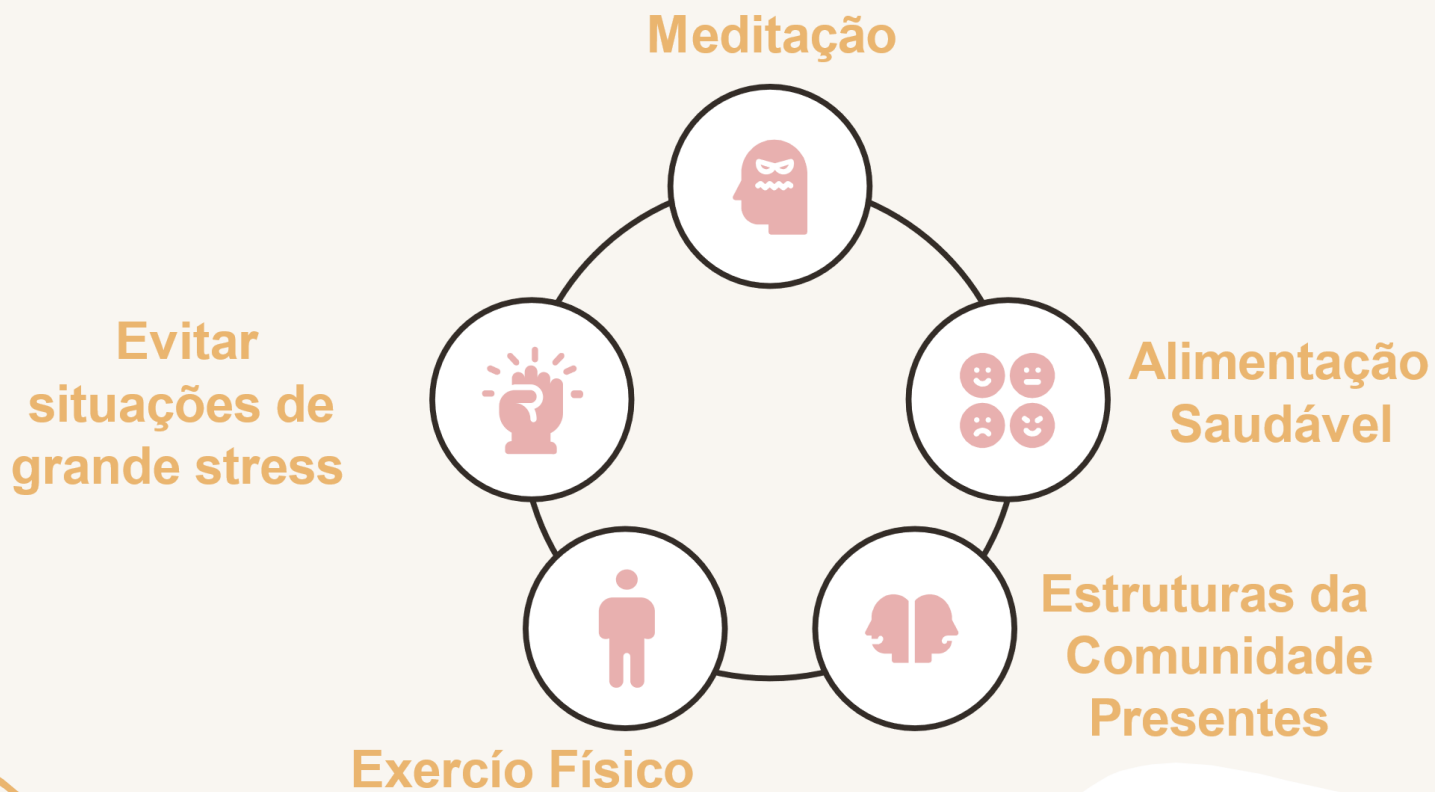
MEDIDAS COMPLEMENTARES PODEM AJUDAR:

- Fazer a medicação a mesma hora todos os dias evita esquecimentos;
 - Associar a toma de medicação às rotinas diárias;
- É mais fácil tomar a medicação em conjunto com as rotinas, adquira novos hábitos;
- Utilizar outras formas para se lembrar de tomar a medicação, por exemplo, o uso de uma caixa de medicação com divisórias para cada toma;
 - Manter presente e pensar nos benefícios da medicação;
 - Simplificar o horário da toma de medicação o mais possível (número de tomas);
- Um trabalho em conjunto e de colaboração com os profissionais, pode levar a alcançar melhores resultados:

● TENHA UMA PARTICIPAÇÃO ATIVA NO SEU TRATAMENTO!



Para além da medicação...





**Se fizer
sentido...**

Exercício Prático

Identifique a situação

...

...

...

Sintomas que sente

...

...

...

Comportamento durante a situação

...

...

Comportamento positivo alternativo

...

...

Obrigado!

Dúvidas ou questões?



Fábio Pinheiro
Novembro 2023



Anexo IV - Planeamento da Sessão de Psicoeducação no Grupo Multifamiliar de Cuidadores

Tema	Sessão Estratégias de Coping				
Data	14 / 12 /2023	Horário	Início: 16h Fim: 17:30	Local	UCC CM
Cliente (s)	Grupo Cuidadores Familiares				
Enfermeiro/a	Fábio Pinheiro				
	Duração	Conteúdos			
Introdução	15min	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento do grupo; - Explicar o funcionamento da sessão e o seu objetivo; - Apresentação do grupo com recurso à dinâmica da bolinha, com o intuito de criar um ambiente proporcionador de confiança e partilha de experiências entre todos os participantes do grupo; - Assim para o efeito, o enfermeiro coloca a bolinha no chão ao centro e todos os participantes dispostos em círculo. Logo após, solicita que alguém, de forma espontânea, pegue a bolinha. A pessoa que pegou a bolinha deverá se apresentar, dizendo o nome e qual sua melhor qualidade e depois passa a bolinha para outra pessoa, sem deixar cair e assim sucessivamente. Sem dizer nada aos participantes, mas após o último se apresentar, é solicitado que façam o caminho inverso com a bolinha e que o antecessor fale o nome e qual a qualidade da pessoa a quem ele vai devolver a bolinha. Esta dinâmica de apresentação é muito boa para quebrar o gelo e também sensibilizar os cuidadores sobre a importância de ouvir e prestar atenção às pessoas que estão a nossa volta. 			
Desenvolvimento	30min	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação e discussão dos conteúdos temáticos da sessão; - Cuidadores Familiares - Processo de Coping e etapas, - Estratégias de Coping; - Coping Familiar; - Ansiedade vs Medo e Stress; - Ansiedade Patológica; - Estratégias para lidar com a Ansiedade e Stress; - Identificação de fontes de Ansiedade e Stress; - A aplicação da dinâmica Brainstorming tem o intuito de identificar as fontes de stress inerentes à atividade dos cuidadores familiares bem como promover a identificação e partilha de experiências de stress de forma a criar empatia e união grupal; - Verbalização pelos cuidadores familiares das situações que consideram stressantes no seu contexto diário, verbalizando sentimentos e emoções que lhes estão associados; 			

		<ul style="list-style-type: none">- São distribuídos três cartões por cuidador com as cores verde, laranja e vermelho, onde cada uma deve relatar, por escrito, três situações de stress que tenha vivenciado. No cartão verde fica a situação de stress e a forma eficaz com que a resolveu, no cartão laranja é relatada a situação de stress e a forma não tão eficaz com que a conseguiu resolver e por fim no cartão vermelho fica a situação de stress e a ineficácia na sua resolução.
Conclusão	15min	<ul style="list-style-type: none">- Resumir e avaliar a sessão;- Clarificar todas as dúvidas existentes;- Agendar a próxima sessão;- Terminar a sessão, acompanhando o grupo à porta, com cumprimento de despedida formal.

Tema	Sessão Estratégias de Coping				
Data	14 / 12 /2023	Horário	Início: 16h Fim: 17:30	Local	UCC CM
Cliente (s)	Grupo Cuidadores Familiares				
Enfermeiro/a	Fábio Pinheiro				
	Duração	Conteúdos			
Introdução	15min	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento do grupo; - Explicar o funcionamento da sessão e o seu objetivo; - Apresentação do grupo com recurso à dinâmica da bolinha, com o intuito de criar um ambiente proporcionador de confiança e partilha de experiências entre todos os participantes do grupo; - Assim para o efeito, o enfermeiro coloca a bolinha no chão ao centro e todos os participantes dispostos em círculo. Logo após, solicita que alguém, de forma espontânea, pegue a bolinha. A pessoa que pegou a bolinha deverá se apresentar, dizendo o nome e qual sua melhor qualidade e depois passa a bolinha para outra pessoa, sem deixar cair e assim sucessivamente. Sem dizer nada aos participantes, mas após o último se apresentar, é solicitado que façam o caminho inverso com a bolinha e que o antecessor fale o nome e qual a qualidade da pessoa a quem ele vai devolver a bolinha. Esta dinâmica de apresentação é muito boa para quebrar o gelo e também sensibilizar os cuidadores sobre a importância de ouvir e prestar atenção às pessoas que estão a nossa volta. 			
Desenvolvimento	30min	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação e discussão dos conteúdos temáticos da sessão; - Cuidadores Familiares - Processo de Coping e etapas, - Estratégias de Coping; - Coping Familiar; - Ansiedade vs Medo e Stress; - Ansiedade Patológica; - Estratégias para lidar com a Ansiedade e Stress; - Identificação de fontes de Ansiedade e Stress; 			

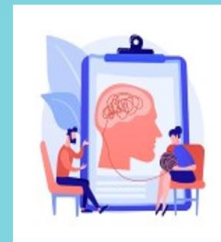
		<ul style="list-style-type: none"> - A aplicação da dinâmica Brainstorming tem o intuito de identificar as fontes de stress inerentes à atividade dos cuidadores familiares bem como promover a identificação e partilha de experiências de stress de forma a criar empatia e união grupal; - Verbalização pelos cuidados familiares das situações que consideram stressantes no seu contexto diário, verbalizando sentimentos e emoções que lhes estão associados; - São distribuídos três cartões por cuidador com as cores verde, laranja e vermelho, onde cada uma deve relatar, por escrito, três situações de stress que tenha vivenciado. No cartão verde fica a situação de stress e a forma eficaz com que a resolveu, no cartão laranja é relatada a situação de stress e a forma não tão eficaz com que a conseguiu resolver e por fim no cartão vermelho fica a situação de stress e a ineficácia na sua resolução.
Conclusão	15min	<ul style="list-style-type: none"> - Resumir e avaliar a sessão; - Clarificar todas as dúvidas existentes; - Agendar a próxima sessão; - Terminar a sessão, acompanhando o grupo à porta, com cumprimento de despedida formal.

Anexo V -Sessão de Psicoeducação no Grupo Multifamiliar de Cuidadores



CUIDADORES FAMILIARES

Estratégias de *Coping*



INDÍCE

01

INTRODUÇÃO

02

Estratégias de *Coping*

03

**Ansiedade &
Stress**

04

CONCLUSÃO



01 Cuidadores Familiares

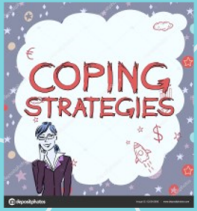


- ❑ Os cuidadores familiares são aqueles que assumem em primeira linha o papel de cuidar do seu familiar com dependência/doença física e/ou mental;
- ❑ Esta prestação de cuidados é um processo árduo e repleto de obstáculos e desafios;
- ❑ Com sérias consequências para o cuidador, pessoa dependente, família, comunidade e sociedade.

02 O que são as Estratégias de *Coping*?

- ❑ A prestação de cuidados de um familiar dependente é um processo desgastante;
- ❑ Repleto de obstáculos e desafios e gerador de stress e ansiedade, pelo que o cuidador recorre frequentemente a estratégias para lidar com estas situações, as estratégias de *Coping*;
- ❑ São a forma/mecanismo de enfrentarmos as várias situações e adversidades diárias.





Definição de *Coping*

- ❑ ***Coping*** - Atitude: gerir o stress e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico
- ❑ ***Negação*** - Processo de *coping* comprometido: evitar ou negar o conhecimento ou significado de um acontecimento de modo a minimizar a ansiedade ou o conflito.
- ❑ ***Burnout*** (esgotamento) - Processo de *coping* comprometido: depleção de energia devido a stress contínuo; falta de apoio e de relações; conflitos entre as expectativas e a realidade.





02

Estratégias de Coping



Existem um grande número de estratégias de Coping;

As focadas:

1. **Emoção** gerindo os sentimentos provocados pela crise, mantendo o equilíbrio afetivo; com o objetivo de diminuir o stress: o evitamento, a minimização, o distanciamento, atenção seletiva, comparações positivas e tentar retirar valores positivos de eventos negativos;
2. **Problemas** confrontando a realidade da crise, gerindo as consequências práticas da relação indivíduo-meio; com o objetivo na **resolução dos problemas** utilizando esforços para tentar encontrar soluções alternativas;

Estratégias de *Coping*

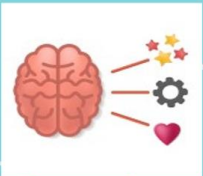
❑ Estratégias de coping centradas no problema

1. Coping confrontativo
1. Resolução planeada do problema

❑ Estratégias de coping focadas nas emoções

1. Distanciamento
2. Fuga-evitamento
3. Autocontrolo
4. Procura de apoio social
5. Reavaliação Positiva





Apreciação cognitiva *Coping*

- ❑ A apreciação cognitiva é um processo de julgamento em que a pessoa avalia se um possível agente stressante é relevante ou não para o seu bem-estar e em caso afirmativo, se é potencialmente bom ou mau.
- ❑ Não se trata apenas de um tratamento da informação *persi*, ainda que participe no processo, faz referência às repercussões e consequências ocorrendo de uma forma contínua durante o estado de vigília





Etapas do Processo de Coping

O *coping* constitui uma parte importante da resposta ao stress.

- ❑ **Antecipação** período em que o acontecimento ainda não ocorreu, mas em que a apreciação inclui a possibilidade de que este ocorra ou não, o momento em que ocorrerá e a natureza do que acontecerá.
- ❑ **Impacto** - muitos dos pensamentos e ações importantes para o controlo perdem o valor, quando o acontecimento stressante tiver iniciado ou terminado.
- ❑ **Pós-impacto** - muitas vezes persistem os processos cognitivos da fase de impacto e emergem todo um conjunto de novas considerações, como por exemplo: quais as reações psicológicas e materiais depois da situação; o significado pessoal da ocorrência; que exigências, ameaças e desafios trará; pode voltar-se ao estado anterior ou mudaram-se de tal forma as coisas, que tal é impossível.



Ainda que, um acontecimento stressante tenha terminado, o seu final suscita todo um novo conjunto de processos antecipatórios.



Coping Familiar

Para enfrentar a situação de doença de um familiar e melhor se adaptar às alterações inerentes à doença, a família pode fazer uso do Coping Familiar:

- Quem na família expressa mais os sentimentos?
- Quem tem a iniciativa para os resolver?
- Existe discussão sobre os problemas na família
- Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas?
- A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas?
- Experiências anteriores positivas



Caracterização das estratégias de Coping Familiar

- ❑ **Obtenção de Suporte Social** resposta às necessidades sociais
- ❑ **Reenquadramento** capacidade que a família tem de definir um problema dando-lhe uma visão otimista
- ❑ **Procura de suporte espiritual**
- ❑ **Mobilização da família para a obtenção e aceitação de ajuda**
- ❑ **Avaliação Passiva** a forma como a família aceita os acontecimentos que causam stress



Ansiedade & Stress

Ansiedade

É um sentimento desagradável que esta associado a uma sensação de antecipação a um perigo, iminente ou futuro. Trata-se de uma resposta emocional relacionada com o instinto de luta ou fuga, podendo levar a uma tensão muscular, stress e comportamentos de evitamento. É uma antecipação a uma ameaça futura ou imaginária.

Medo

Uma resposta emocional a uma ameaça real e iminente

Stress

O stress pode ser definido como um estado de preocupação ou tensão mental gerado por uma situação difícil. Todo mundo tem algum grau de stress, pois é uma resposta natural a ameaças e outros estímulos. É como reagimos ao stress que molda como ele afeta nosso bem-estar. É um fenómeno percetivo (psicológico) proveniente da comparação entre o que é pedido à pessoa e a sua capacidade de resposta.

A resposta que surge como tentativa de lidar com a origem do stress, é o **processo de coping**





Consequências do Stress

- ❑ **Alterações emocionais**- manifesta-se através de um estado de ansiedade, irritação ou raiva, por depressão ou sentimentos de culpa. Os estados de ansiedade e depressão são os mais frequentes.
- ❑ **Alterações cognitivas** Em situações de stress aparecem problemas de memória, concentração e confusão cognitiva. O stress contribui com elementos de preocupação e autoavaliação negativa ao padrão de pensamento normalmente organizado. Limita a capacidade de atenção do indivíduo, ocupando a mente da pessoa com pensamentos de fracasso, preocupação e dúvida que competem com a atenção sobre a tarefa ou atividade.
- ❑ **Alterações Fisiológicas** resultam da atividade do Sistema Nervoso Central (aumento do ritmo cardíaco e da pressão sanguínea, suores, aumento da taxa de coagulação sanguínea, aumento da ventilação etc.)

Alguns dos efeitos psicofisiológicos do stress podem ser encarados como adaptativos, uma vez que preparam o indivíduo para responder, ou como não adaptativos, porque são prejudiciais à saúde.

- ❑ **Eustresse**
- ❑ **Distresse**

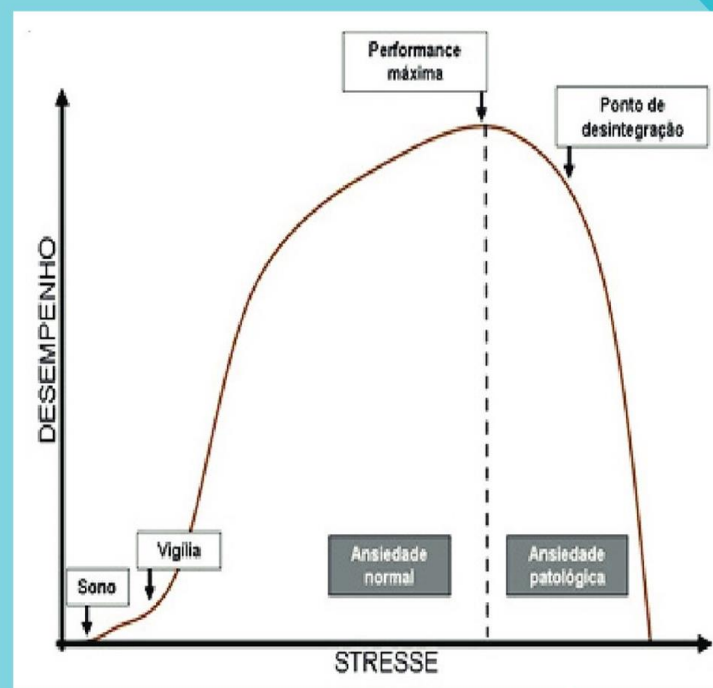




03 Ansiedade Patológica

Resultado do funcionamento aberrante destes mecanismos de controlo de resposta ao stress

- ❑ Causas genéticas
- ❑ Causas desenvolvimentais
- ❑ Causas ambientais





Sintomas da Ansiedade

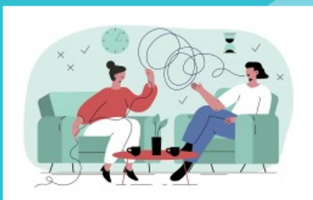
- Emocionais
- Fisiológicos
- Cognitivos
- Comportamentais

EMOCIONAIS	FISIOLÓGICOS
<ul style="list-style-type: none">- Tristeza- Nervosismo- Irritabilidade- Medos irrealis- Impaciência 	<ul style="list-style-type: none">- Formigamento- Falta de ar- Insônia- Coração acelerado- Dor de cabeça e muscular 
COGNITIVOS	COMPORTAMENTAIS
<ul style="list-style-type: none">- Indecisão- Memória fraca- Baixa concentração- Preocupações frequentes- Pensamentos repetitivos 	<ul style="list-style-type: none">- Procrastinação- Impulsividade- Agressividade- Fala acelerada- Dificuldade para falar 



03 Estratégias

Cada pessoa desenvolve afinidade com uma ou outra estratégia para controlar a ansiedade. Aplicando estas técnicas no dia a dia, é possível minimizar e cuidar da saúde mental como um TODO



Estratégias para lidar com a **ANSIEDADE**



ALIMENTAÇÃO



SONO



**CUIDAR DO
CORPO**



**ORGANIZAÇÃO E
PLANEAMENTO**



MEDITAÇÃO



SOCIALIZAR

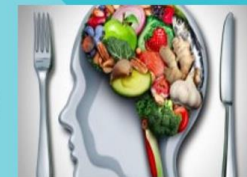


LAZER



**AJUDA
PROFISSIONAL**

CUIDADOS COM ALIMENTAÇÃO



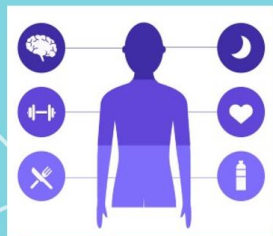
- ❑ Optar por uma alimentação variada, equilibrada e diversificada rica em vitaminas e nutrientes poderá ser um passo muito importante para a formação dos neurotransmissores responsáveis pelo estado de humor.
- ❑ Evite alimentos processados ricos em açúcar e bebidas com cafeína.





Cuidar doCORPO

- ❑ A prática regular de uma atividade física promove uma sensação de bem-estar;
- ❑ A atividade física é um fator importante na qualidade de vida;
- ❑ É importante escolher uma atividade do seu gosto e torná-la um novo hábito;
- ❑ Durante o exercício físico há uma maior regeneração neuronal;
- ❑ A libertação de endorfinas ajuda a reduzir a ansiedade, a melhorar a qualidade do sono e a diminuir o stress;
- ❑ O exercício físico contribui também para uma sensação de boa disposição e funciona como um “antidepressivo natural”.





Meditação

Meditar diariamente apresenta inúmeros benefícios, entre eles:

- ❑ A redução do stress;
- ❑ A melhoria do sistema imunológico ;
- ❑ O desenvolvimento da atenção e concentração.

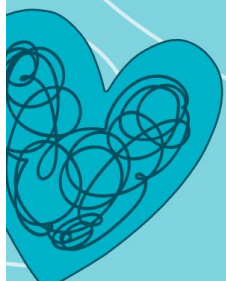




Sono



- ❑ A qualidade do sono reflete-se no humor e disposição;
- ❑ Criar rotinas e um ritual noturno de modo a evitar o desgaste emocional e físico;
- ❑ Poderá optar por estratégias alternativas, como beber uma bebida quente, ler um livro, diminuir a luz ambiente ou recorrer a uma música ou sons relaxantes;
- ❑ Não recorrer a aparelhos eletrónicos antes de adormecer;
- ❑ A televisão e o telemóvel funcionam como estímulos desnecessários no momento de ir dormir;
- ❑ Outra dica é não pensar no dia seguinte, deixando essas expectativas para o dia seguinte após o nascer do Sol.

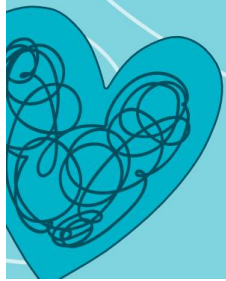




Socializar



- ❑ Agendar encontros com pessoas que nos são queridas e significativas contribui largamente para satisfazer as nossas necessidades de socialização;
- ❑ Estar com as pessoas que amamos contribui imediatamente para a felicidade e de bom humor.





Atividades de LAZER

- ❑ Ocupar a mente com uma atividade divertida, leva a possibilidade de aumentar o seu bem-estar;
- ❑ Dedicar-se a um instrumento musical, aprender outro idioma, à leitura, ao desporto, ou uma outra habilidade, como cozinhar ou desenhar. .





ORGANIZAÇÃO E PLANEAMENTO

- Planear o dia com antecedência, organizando os diversos compromissos.;
- Poderá planear diariamente ou semanalmente as diversas atividades e/ou compromissos;
- Há que sermos flexíveis.





Respiração

- ❑ É uma ferramenta muito importante para ajudar no controlo de emoções;
- ❑ Proporciona um maior grau de concentração, um melhor relaxamento, e a redução da ansiedade e do stress.



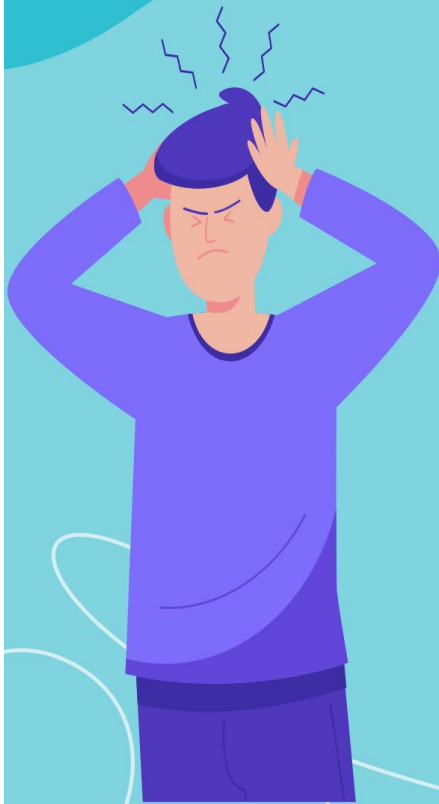


AJUDA PROFISSIONAL

- ❑ Existem situações em que por vezes a ansiedade pode ser intensa, tornando-se um impeditivo na realização das atividades e/ou relações diárias;
- ❑ Nestas alturas e dependendo da situação, pode tornar-se necessário recorrer alguma medicação, com objetivo de reduzir a ansiedade;
- ❑ Poderá complementar o tratamento com o recurso a técnicas de relaxamento muscular.



IDENTIFICAR FONTES DE ANSIEDADE E STRESS



- ❑ É necessário estar atento aos sinais que antecedem uma crise;
- ❑ Identificação dos pensamentos catastrofistas e repetitivos que geram alguma preocupação excessiva.





Dúvidas ou questões?





**Uma imagem vale mais
que mil palavras.**



Obrigado!

Fábio Pinheiro Dezembro 2023

