



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA CUIDADORES FORMAIS DE RESIDÊNCIAS DE REABILITAÇÃO DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL GRAVE DE EVOLUÇÃO PROLONGADA

Rute Filipa Ferreira Antunes

Orientação: Professor Doutor Jorge Almeida

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024

Esta dissertação não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA
CUIDADORES FORMAIS DE RESIDÊNCIAS DE
REABILITAÇÃO DE PESSOAS COM DOENÇA
MENTAL GRAVE DE EVOLUÇÃO PROLONGADA**

Rute Filipa Ferreira Antunes

Orientação: Professor Doutor Jorge Almeida

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024

Programa Psicoeducativo para os Cuidadores Formais de Residências de Reabilitação Psicossocial de
Pessoas com Doença Mental Grave de Evolução Prolongada

**“ (...) É IMPOSSIVEL PROGREDIR SEM MUDANÇA,
E AQUELES QUE NÃO MUDAM SUAS MENTES
NÃO PODEM MUDAR NADA.”**

George Bernard Shaw

AGRADECIMENTOS

Nesta longa caminhada, com um turbilhão de emoções, mas de uma importância gigante para mim, quero agradecer:

Aos meus pais, pelo amor incondicional, pela força, a quem agradeço todos os dias os princípios que me transmitiram.

Às pessoas mais importantes da minha vida:

Ao meu filho Rodrigo, o meu amor e inspiração de vida. Os seus carinhos foram a minha força para continuar diariamente. É o meu coração fora do peito.

Ao meu marido André, o meu braço direito, o meu apoio diário e incentivo de todas as horas, agradeço a compreensão pelas minhas ausências e ter sido pai e mãe muitas vezes.

Em especial:

À minha Ana, companheira desta jornada, pela presença continua na minha longa caminhada.

À minha São, pelas horas infinitas que disponibilizou para me ouvir e aconselhar.

À minha Tatiana, pela sua disponibilidade e companhia que foram fulcrais.

À minha Bárbara, pela sua essência, muitas vezes me iluminou o caminho. A sua presença foi um dos meus grandes apoios.

À Enf.^a Sónia, pela dedicação, compreensão e ajuda no meu estágio. Agradeço os conhecimentos e sua disponibilidade.

Ao Professor Jorge, pelas palavras de incentivo e dedicação ao longo deste percurso.

RESUMO

A estruturação de Unidades de Vida - Residências Comunitárias de reabilitação psicossocial nos últimos anos tem ganho grande ênfase na área da saúde mental ajudando a recuperação e/ou a reabilitação da pessoa com doença mental.

Desta forma é fundamental compreender a importância da reabilitação psicossocial, com os objetivos que vão ao encontro da promoção de autonomia e treino de habilidades para com as pessoas com doença mental. Falando diretamente para as residências de reabilitação psicossocial, onde o cuidador formal tem um papel elementar, é imprescindível capacitá-los de mais conhecimentos sobre a temática da saúde mental.

O objetivo deste projeto foi o capacitar os cuidadores formais consciencializando-os para a pessoa doente, a doença mental, a implementação de intervenções e avaliação de resultados tendo em conta a pessoa como um ser único. Neste sentido surgiram as sessões de psicoeducação como atividade psicoeducativa e psicoterapêutica do domínio das intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Este relatório de estágio evidencia ainda as competências adquiridas e desenvolvidas durante o estágio final, associadas à área de especialização e ao grau de mestre.

Palavras-Chave: Enfermagem de Saúde Mental; reabilitação psicossocial; cuidador formal; psicoeducação; residências comunitárias.

ABSTRACT

In recent years, the structuring of Life Units - Community Residences for psychosocial rehabilitation has gained great emphasis in the area of mental health, helping the recovery and/or rehabilitation of people with mental illness.

Thus, it is essential to understand the importance of psychosocial rehabilitation, with objectives that meet the promotion of autonomy and skills training for people with mental illness. Speaking directly to psychosocial rehabilitation residences, where the formal caregiver has an elementary role, it is essential to provide them with more knowledge on the subject of mental health.

The objective of this project was to empower formal caregivers by making them aware of the sick person, mental illness, the implementation of interventions and evaluation of results taking into account the person as a unique being. In this sense, psychoeducation sessions emerged as a psychoeducational and psychotherapeutic activity in the domain of the interventions of the Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatry Nursing. This internship report also highlights the skills acquired and developed during the final internship, associated with the area of specialization and the master's degree.

Key words: Mental Health Nursing; psychosocial rehabilitation; formal caregiver; psychoeducation; community residences.

LISTA DE ABREVIATURAS

Dec. Lei – Decreto de Lei

et al. - (*et alli*) - significa "e outros"

nº - número

vs – versus

LISTA DE SIGLAS

AE/ASG – Ajudante de Enfermagem/Auxiliar de Serviços Gerais ~

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CS – Centro de Saúde

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

UC – Unidade Curricular

WHO – World Health Organization

ÍNDICE GERAL

1.	INTRODUÇÃO	14
2.	ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	19
2.1.	SAÚDE MENTAL E DOENÇA MENTAL	19
2.2.	POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL	21
2.3.	RESIDÊNCIAS COMUNITÁRIAS/RESIDÊNCIAS DE TREINO DE AUTONOMIA/ UNIDADES DE VIDA	24
2.4.	REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	26
2.5.	CUIDADORES FORMAIS	28
2.6.	PSICOEDUCAÇÃO	32
2.7.	O MODELO TEÓRICO DE HILDEGARD PEPLAU.....	35
3.	CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	39
3.1.	ESTÁGIO FINAL – PRÁTICA EM CONTEXTO COMUNITÁRIO ...	39
4.	METODOLOGIA DE PROJETO	43
4.1.	DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	43
4.1.1.	CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO PROFISSIONAL	46

4.2.	DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS	46
4.3.	PLANEAMENTO DO PROJETO.....	47
4.4.	EXECUÇÃO DO PROJETO	54
4.5.	AVALIAÇÃO DO PROJETO	61
5.	ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS	67
5.1.	COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	67
5.2.	COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	72
5.3.	COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	82
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
8.	APÊNDICES	93
9.	ANEXOS	155

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I – Cronograma de Gantt	92
APÊNDICE II – Sessão nº 1 – Psicoeducação sobre Introdução à Saúde mental/Doença mental	94
APÊNDICE III – Sessão nº 2 – Psicoeducação sobre Comunicação Assertiva	114
APÊNDICE IV – Sessão nº 3 – Psicoeducação sobre Emoções – Regulação emocional	129
APÊNDICE V – Sessão nº 4 – Psicoeducação sobre Alterações de comportamento.....	139
APÊNDICE VI – Sessão nº 5 – Psicoeducação sobre Cuidador formal – AutonomiaVs Paternalismo	146

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I – Questionário de Avaliação Diagnóstica Inicial.....	154
ANEXO II – Questionário de Avaliação Diagnóstica Final.....	156
ANEXO III – Questionário de Avaliação do Formando.....	158

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO nº 1 – Estrutura do programa.....	49
QUADRO nº 2 – Plano de sessão nº 1 – Psicoeducação sobre Introdução à Saúde mental/ Doença mental.....	50
QUADRO nº 3 – Plano de sessão nº 2 – Psicoeducação sobre Comunicação Assertiva.....	51
QUADRO nº 4 – Plano de sessão nº 3 – Psicoeducação sobre Emoções – Regulação emocional.....	51
QUADRO nº 5 – Plano de sessão nº 4 – Psicoeducação sobre Alterações de Comportamento.....	52
QUADRO nº 6 – Plano de sessão nº 5 – Psicoeducação sobre Cuidador formal – Autonomia Vs Paternalismo.....	53

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 Sessão nº 1 – Psicoeducação sobre Introdução à Saúde mental/Doença mental.....	62
GRÁFICO 2 Sessão nº 2 – Psicoeducação sobre Comunicação Assertiva.....	62
GRÁFICO 3 Sessão nº 3 – Psicoeducação sobre Emoções – Regulação emocional...	63
GRÁFICO 4 Sessão nº 4 – Psicoeducação sobre Alterações de comportamento.....	63
GRÁFICO 5 Sessão nº 5 – Psicoeducação sobre Cuidador formal – Autonomia VS Paternalismo.....	64
GRÁFICO 6 – Avaliação do Formando.....	64

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio Final, inserido no 3º semestre do 7ª Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação entre Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde, nomeadamente entre o Instituto Politécnico de Portalegre (IPP), a Universidade de Évora (EU), o Instituto Politécnico de Beja (IPB), o Instituto Politécnico de Castelo Branco (IPCB), o Instituto Politécnico de Setúbal (IPS) e a Universidade do Algarve (UAlg). O curso decorreu na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, tendo uma duração de 3 semestres, com início em setembro do ano letivo 2022/2023 e final previsto em julho do ano letivo de 2023/2024, na área da Especialidade em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Com a elaboração deste relatório de Mestrado, pretende-se especificar o trabalho realizado no âmbito do Estágio Final, sendo um trabalho descritivo e reflexivo sobre as atividades desenvolvidas. Consequente de um crescimento pessoal e profissional, aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista, competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) e competências de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

O Curso de Mestrado em Enfermagem contempla a realização de dois Estágios. O Estágio I realizado no segundo semestre do primeiro ano com a duração de seis semanas, com um total de 10 European Credit Transfer System (ECTS) obteve equiparação para este Estágio. O Estágio Final foi realizado no primeiro semestre do segundo ano do Mestrado em Associação, com a duração de 18 semanas, entre 12 de setembro de 2023 e 26 de janeiro de 2024, com um total de 24 ECTS, correspondentes a 388 horas, numa Instituição no Centro do país, sob orientação de uma Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica que trabalha na instituição e sob a orientação académica do Professor Doutor Jorge Almeida.

O tema central do Projeto de Estágio focou-se no “Programa psicoeducativo para os cuidadores formais de residências de reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental grave de evolução prolongada”. Este tema incidiu sobre a importância das intervenções psicoeducacionais do Enfermeiro Especialista, estando em conformidade com o

Regulamento nº 515/2018 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, segundo o qual refere que, o enfermeiro no ato de cuidar, ao longo do ciclo de vida, desenvolve intervenções terapêuticas direcionadas na promoção e proteção da saúde mental, prevenção da doença mental, no seu tratamento e na reabilitação psicossocial.

“(...) para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais” (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2018, p.21427).

Com a doença mental atualmente em linha crescente, é uma mais valia a aquisição e atualização de conhecimentos e práticas por forma a dar uma melhor resposta às solicitações dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Torna-se assim imprescindível colmatar adversidades, como a resposta a ser dada às necessidades existentes da pessoa com doença mental e ter cada vez mais presente a relevância no investimento e na reabilitação psicossocial.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001, p.116), refere-se à reabilitação psicossocial como, *“um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade. Envolve tanto o incremento de competências individuais como a introdução de mudanças ambientais”*.

Cordo (2003), considera que os projetos de reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, deverão ter como objetivos, capacitar a pessoa de estratégias que lhe permitam a inserção no seu meio, melhorar o seu desempenho, tendo em conta as suas capacidades residuais e promover a saúde, essencialmente na redução dos sintomas. Tendo em conta a realidade onde o projeto (estágio) se vai desenvolver, numa residência de reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental grave, em que os profissionais, são os cuidadores formais, é imprescindível a sua formação continua.

Manuel, Gonçalves, Braz, & Sousa, (2020), citando a OMS (2018), refere que o cuidador formal é aquele que ajuda a pessoa “com uma ou mais deficiências”, pertencendo ou não a uma organização, de forma remunerada. Mantendo o autor, citando Batista

(2012), afirma que o cuidador formal deve reconhecer a doença e sintomas de forma a atuar em conformidade, conhecer as necessidades, garantir a satisfação das suas atividades de vida diárias.

No contexto onde decorreu o Estágio Final, nas Residências de Reabilitação Psicossocial, tendo em conta o papel fundamental da equipa profissional de Ajudantes de Enfermaria/Auxiliares de Serviços Gerais (AE/ASG) na residência, uma vez que se encontram de forma presencial na mesma e são os elementos de ligação à restante equipa multidisciplinar, fez-se o levantamento das necessidades, com o objetivo de compreender as dificuldades existentes neste grupo profissional. Constatou-se diversas adversidades, tais como, dificuldade na gestão da sua autonomia profissional, conhecimentos reduzidos, necessidade de formação e sobrecarga, por falta de recursos humanos. Desta forma surge a necessidade de elaborar um programa de psicoeducação, direcionado aos cuidadores formais (AE/ASG). Com o objetivo de capacitar este grupo profissional de conhecimentos sobre saúde e doença mental, com vista a melhorar as respostas às solicitações de uma pessoa com doença mental, inserida num plano de reabilitação psicossocial. Segundo Sampaio (2011), a psicoeducação, é uma intervenção de enfermagem, que tem como propósito informar o doente e cuidadores, sobre a doença e tratamento, de forma a clarificar a compreensão e gestão da doença, proporcionando maior suporte e estratégias para lidar com a mesma.

Segundo o Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave, psicoeducação é definida como uma intervenção que visa transmitir informação à pessoa, família ou cuidador informal e grupos-alvo, sobre doença, tratamento, diagnóstico e prognóstico. Assim, como os seus direitos enquanto pessoa portadora de doença mental e estratégias de adaptação à sua situação (Martins *et al*, 2021).

Para o desenvolvimento do presente trabalho, utiliza-se a metodologia do projeto. Relativamente ao teórico de Enfermagem, mobiliza-se os contributos da Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau, que descreve a importância da relação enfermeiro-pessoa e o agir do enfermeiro.

Perante o exposto podemos enunciar os seguintes objetivos do Relatório de Estágio:

OBJETIVO GERAL:

Descrever o percurso realizado ao longo do estágio aquisição de competências de EEESMP e de Mestre em Enfermagem.

OBJETIVO ESPECIFICOS:

- Definir uma problemática que possa ser alvo da intervenção do EEESMP;
- Descrever o enquadramento teórico da problemática identificada;
- Planear uma proposta de intervenção num programa de psicoeducação, no âmbito das competências do EEESMP, usando a metodologia de projeto;
- Refletir sobre a importância da intervenção do EEESMP no âmbito da intervenção psicoeducativa nos cuidadores formais de uma residência psicossocial;
- Caracterizar as atividades desenvolvidas durante o estágio;
- Refletir sobre a aquisição de competências comuns de Enfermeiro Especialista;
- Refletir a aquisição de competências específicas de EEESMP;
- Refletir a aquisição de competências de Mestre.

Relativamente à estrutura do relatório, este é constituído por três capítulos. O primeiro capítulo, encontra-se dividido em duas partes:

I) o enquadramento conceptual, para uma melhor perceção das diversas temáticas, como a saúde mental e doença mental grave, reabilitação psicossocial, o papel do cuidador informal no processo reabilitativo e a importância de programas psicoeducativos para a consolidação de conhecimento por parte dos cuidadores formais;

II) a caracterização do contexto de Estágio, para que permita o conhecimento da dinâmica do mesmo. O segundo capítulo corresponde à metodologia de projeto e todas as fases associadas. O terceiro capítulo, engloba a análise reflexiva sobre aquisição e desenvolvimento de competências, nomeadamente as competências comuns do Enfermeiro Especialista, competências específicas do EEESMP e competências de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Este trabalho encontra-se redigido de acordo com as diretrizes do Novo Acordo Ortográfico português, obedecendo à norma de elaboração de trabalhos da Escola Superior de Saúde de Portalegre e referenciado de acordo com a norma da American Psychological Association (APA) – 7ª edição.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

De forma a garantir que o presente trabalho segue uma orientação estruturada e fundamentada, iremos proceder ao enquadramento conceptual, aprofundar determinados domínios do âmbito da saúde mental e doença mental, as suas determinantes e as respostas existentes para pessoas que padecem de doença mental. Encaminhando para o conceito de reabilitação psicossocial, assim como os seus objetivos e importância nos cuidados às pessoas que se encontram em residências de reabilitação institucionais. O papel fulcral dos cuidadores formais inseridos neste contexto e a importância de um programa de psicoeducação para os cuidadores formais, com o objetivo de desenvolver capacidade de resposta.

2.1. SAÚDE MENTAL E DOENÇA MENTAL

É imprescindível iniciar com o conceito de saúde mental, o qual detém uma imensa complexidade, consistente das diversas abordagens, múltiplos fatores culturais, assim como visões subjetivas e teorias, por vezes concorrentes entre si, que inviabilizam uma uniformização conceptual (OMS, 2001).

Em suma a saúde mental é *“um estado de bem-estar mental que permite às pessoas lidar com as tensões da vida, perceber suas habilidades, aprender e trabalhar bem, e contribuir para suas comunidades. A saúde mental é um componente integral da saúde e do bem-estar e é mais do que a ausência de transtorno mental”* (World mental health, 2022, p.8).

O conceito de saúde mental foi ganhando destaque com o passar dos anos, tornando-se evidente que não existe saúde física sem saúde mental. São dois elementos que se encontram enlaçados e dependentes um do outro, acabando por se influenciar mutuamente (OMS, 2001).

Na saúde mental existem diversas condicionantes, em que, a pessoa com doença mental é afetada, derivado das condições de extrema pobreza, vida familiar destruída,

carência económica, educacional, o que condiciona ter uma vida dignificante. Como consequência existe uma interferência nas suas relações pessoais, sociais e com o ambiente onde esta inserido (OMS, 2001).

Reforçando a ideia Sequeira & Sampaio (2020), referem, para que se verifique a existência de um desenvolvimento saudável da pessoa, nos diferentes contextos em que a pessoa está inserida, é indispensável ter em conta, múltiplos fatores da natureza, tais como: biológica, psicológica, social, cultural e ecológica. Para além, da capacidade que a pessoa tem, no estabelecimento de relações com o outro, no investimento que tem nas realizações sociais, gerir/resolver os seus próprios conflitos e participar com o meio ambiente de forma construtiva (Sequeira & Sampaio, 2020).

“Saúde mental não é ausência de doença, ou de perturbações mentais, ou de alterações do comportamento. (...) não é só a capacidade de adaptação sistemática do sujeito ao meio. Saúde mental implica, obviamente, respostas adaptativas, embora a inadaptção não signifique necessariamente doença mental” (Sequeira & Sampaio, 2020, p.3).

De acordo com o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2007-2016, existem diversos estudos que indicam que as perturbações psiquiátricas ou doenças mentais são a principal razão de incapacidade e das principais no que diz respeito à morbilidade (Ministério da Saúde, 2008). Reconhece-se que a doença mental deve ser priorizada devido à sua alta taxa de incidência e prevalência na Europa, referindo que em 2019, as perturbações mentais constituem a segunda principal causa de incapacidade entre os países da União Europeia. No que se refere a Portugal, “as estimativas mais recentes na população portuguesa apontam para que cerca de 23% da população sofra de alguma perturbação do foro mental ou de uso de substâncias, e que as doenças mentais contribuam para 17,8% dos anos vividos com incapacidade (YLD) e 8.3% dos anos de vida ajustados à incapacidade” (Observatório Nacional Luta Contra a Pobreza, 2021, p.3).

A Doença Mental Grave, *“é definida como a doença mental, comportamental ou emocional que causa défice funcional grave e que interfere substancialmente ou limita uma ou mais atividades da vida diária. Inclui habitualmente os diagnósticos de perturbação afetiva bipolar, depressão major, esquizofrenia ou outras doenças do espectro psicótico”* (Martins, Rodrigues, Pinho, & Pereira, 2022, p.106).

Sequeira e Sampaio (2020, p.3) referem que a doença mental grave é definida como *“uma situação patológica na qual a pessoa apresenta distúrbios na sua organização mental”*, ou seja, existe um desequilíbrio entre o ambiente e a pessoa, que tem como consequência a não capacidade para a mesma exercer os seus diversos papéis na comunidade.

O diagnóstico de uma doença mental tem um impacto indiscutível na vida social da pessoa em questão, uma vez que junto com o diagnóstico vem associada uma conotação negativa sobre a mesma, manifestada pelo estigma e incompreensão por parte da comunidade onde estas pessoas se inserem, levando a um inevitável isolamento. Estes fatores vão prejudicar o tratamento, contribuindo para a falta de *insight*, e, sem o mesmo, as pessoas acabam por não ter consciência da sua doença, dos seus sintomas e por sua vez não compreendem a necessidade de cumprir tratamento (Martins *et al*, 2021).

Segundo Martins, Machado, Gouveia, Carvalho & Renca (2021, p.8), *“A doença mental grave não tem cura, mas tem tratamento, e é com base nessa premissa elementar que os enfermeiros especialistas em ESMP devem assentar os pilares da sua intervenção, tendo sempre em mente que longe vão os tempos em que a abordagem clínica destes utentes se esgotava na intervenção farmacológica”*.

2.2. POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

Durante muito tempo as pessoas com doença mental foram incompreendidas e isentas dos seus direitos, excluídas da sociedade, afastadas da sua família e institucionalizadas. O desconhecimento sobre a doença mental e a incompreensão sobre os comportamentos fez com que o estigma e a discriminação estivessem presentes de forma enraizada na sociedade, aumentando a negligência perante os direitos humanos.

Tem-se confirmado que nos últimos tempos existe um investimento no processo de desinstitucionalização, nas respostas de tratamento e acompanhamento das pessoas com doença mental na comunidade, observando-se a uma mudança de paradigma, com vista à reabilitação psicossocial e reinserção social. De forma a compreender a evolução

dos cuidados prestados às pessoas com doença mental em Portugal é imperativo debruçarmo-nos sobre as políticas de saúde.

Em 1998, surge a nova legislação da Lei de Saúde Mental de 1963, como Lei n.º 36/98, que “estabelece os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, designadamente das pessoas com doença mental”. Como princípios gerais destaca-se no art.º 3, a priorização da prestação de cuidados de saúde mental na comunidade, evitando que as pessoas fossem afastadas do seu meio habitual, facultando a sua reabilitação e inserção social. Promoção dos cuidados no meio menos restritivo possível. O tratamento com necessidade de internamento, é incluída nos hospitais gerais. Relativamente à reabilitação psicossocial, deverá ser assegurada por estruturas residenciais, centros de dia, unidades de treino e reinserção social, inseridas na comunidade e de acordo com a autonomia da pessoa. Os cuidados prestados são assegurados por equipas multidisciplinares habilitadas e coordenadas. (Lei n.º 36/98 de 24 de julho, p.3544).

Martins *et al* (2021, p.20) defende que “*deve haver um equilíbrio entre os serviços hospitalares e os serviços centrados na comunidade, uma vez que ambos são necessários; contudo os cuidados prestados devem ser orientados para a comunidade, recorrendo-se aos serviços hospitalares apenas quando necessário e com a menor duração possível. À pessoa com doença mental devem ser prestados cuidados que fomentem a sua integração na sociedade, com cuidados que promovam os processos de empowerment (empoderamento) e recovery (recuperação)*”.

Em 2005 a Comissão das Comunidades Europeias, elabora o livro verde, intitulado “Melhorar a saúde mental da população – Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia”, sugerindo a criação de uma estratégia comunitária para a saúde mental (Comissão das Comunidades Europeias (CCE), 2005). Também em 2005, a Declaração Europeia de Saúde Mental, conhecida como Declaração de Helsínquia, os Ministros da Saúde da União Europeia comprometeram-se, entre outros pontos, a desenvolver estratégias de melhoria para o tratamento da doença mental, implementando sistemas de saúde mental eficientes e integrados no âmbito da promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e recuperação, investir em recursos humanos competentes e efetivos, reco-

nhecer e envolver as pessoas com doença mental e os cuidadores no planeamento e desenvolvimento dos serviços. De forma a consciencializar a importância do bem-estar mental, combater o estigma, promover a saúde mental da população jovem, combater a discriminação e a desigualdade, apoiar o “*empowerment*” das pessoas com problemas de saúde mental e suas famílias. (Comissão das Comunidades Europeias (CCE), 2005).

Na Resolução do Conselho de Ministros - 6 - nº 49/2008, Diário da República, 1ª série, nº 47, em 2008, é aprovado o Plano Nacional de Saúde Mental para o período de 2007 a 2016, sendo nesse plano que se define os objetivos a atingir, e a Proposta de Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007 – 2016. Neste plano estavam delineados objetivos a alcançar, entre os quais, melhorar e assegurar um acesso diferenciado e de qualidade dos cuidados de saúde mental; reduzir o impacto das perturbações mentais, cooperando na promoção da saúde mental; promover e proteger os direitos humanos das pessoas com doença mental; promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de forma a facilitar a integração dos cuidados de saúde no sistema geral de saúde, em todas as valências, nomeadamente serviços primários e na rede nacional de cuidados integrados (Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde & Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008).

Com o intuito de alcançar os objetivos acima mencionados, recomenda-se a diminuição do número de pessoas institucionalizadas, com o desenvolvimento de residências de treino de autonomia, residências de apoio máximo, residências de apoio moderado e residências autónomas, melhoria dos serviços na comunidade, com prestação de cuidados individualizados, investimentos nos recursos humanos, maior enfoque nos cuidados a grupos vulneráveis, melhorar a articulação com ordens religiosas, com intuito de melhorar as referenciações e respostas diferenciadas entre ambos os serviços de saúde mental. (Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde & Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008).

O plano acima mencionado, foi revisto em 2017 pela Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, onde se propões uma extensão do mesmo até 2020, devido à falta de eficácia até à data proposta. Por conseguinte, consideram prioritário:

- “criação de uma equipa de coordenação responsável pela implementação do plano;
- modificação do modelo de gestão e organização dos serviços de saúde mental;
- financiamento, sistema de informação e criação de novo modelo de pagamento dos serviços de saúde mental;
- criação de uma carteira de serviços mínimos de prestação de cuidados;
- Saúde Mental e Cuidados de Saúde Primários;
- implementação dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental;
- hospitais psiquiátricos e serviços regionais;
- reorganização dos Serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência;
- desenvolvimento de programas de prevenção e promoção” (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2017).

2.3. RESIDÊNCIAS COMUNITÁRIAS/RESIDÊNCIAS DE TREINO DE AUTONOMIA/ UNIDADES DE VIDA

Como é referido por Fazenda (2008), as residências comunitárias são implementadas de acordo com o modelo de Saúde Mental Comunitária, apoiado pela OMS. Este propõe que as pessoas com doença mental sejam mantidas na sua comunidade, no entanto isso requer uma rede de serviços que ofereçam cuidados integrados nos Hospitais Gerais e Centros de Saúde (CS), garantindo uma continuidade de cuidados. Envolve, ainda, a colaboração com as estruturas da comunidade, fortalecimento das redes de apoio social e a criação de parcerias. Adicionalmente, a intervenção não se concentra apenas na pessoa doente, como também nas suas famílias, com o objetivo de promover a reabilitação psicossocial, sendo elementar envolver ambas as partes no planeamento e avaliação por parte dos serviços.

OMS (2002) citada por Rodrigues (2015, p.6), declara “*A prestação de cuidados com base na comunidade tem melhor efeito sobre o resultado e a qualidade de vida das pessoas com perturbações mentais crónicas do que o tratamento institucional*”. Assim, a expectativa é que os serviços de suporte residencial sejam um conjunto de iniciativas e

meios elaborados com o objetivo de favorecer a permanência e envolvimento ativo na comunidade por parte das pessoas com doença mental.

O mesmo autor citando Kozma, Mansell, & Beadle-Brown (2009), refere que um estudo comparou diversos tipos de residências comunitárias, onde apurou que indivíduos que moram em pequenas residências semi-independentes ou em regime de vida apoiada na comunidade têm uma maior qualidade de vida do que aqueles que residem em hospitais psiquiátricos. Nas residências comunitárias, há uma maior autonomia na tomada de decisões, uma maior integração em redes sociais e um aumento do apoio familiar. Por conseguinte, os residentes têm mais oportunidades de adquirir novas habilidades e desenvolver ou manter competências existentes, resultando em maior satisfação com a vida (Rodrigues, 2015).

Estas residências comunitárias visam uma prestação de cuidados de saúde mental, pautada por uma equipa multidisciplinar de acordo com as suas necessidades, periodicidade e níveis de intensidade, assegurando acesso a cuidados médicos (gerais e de psiquiatria), cuidados de enfermagem (gerais e de psiquiatria), apoio de reabilitação e reintegração na comunidade, apoio de pessoal auxiliar, dispositivos médicos e meios de diagnóstico e terapêutica e por fim, apoio de transporte de pessoas residentes para exames, consultas e tratamentos (Sequeira & Sampaio, 2020).

O instituto de segurança social refere-se a estas residências comunitárias como Unidade de Vida (UV) que podem ter diferentes tipos, estando estas divididas por:

- UV Autónoma, para jovens e adultos com incapacidade psicossocial leve, que vem num apartamento e recebem apoio para se integrarem em programas de formação ou emprego. Estes jovens estão clinicamente estabilizados e sem suporte familiar ou social adequado;
- UV Apoiada, para pessoas com incapacidade psicossocial grave, clinicamente estáveis, mas sem autonomia organizacional pois necessitam de apoio nas atividades diárias. Este jovens/adultos não têm suporte familiar e/ou social adequado. Não têm necessidade de intervenção psiquiátrica a tempo inteiro;

- UV Protegida, para pessoas com problemas psiquiátricos crónicos ou graves clinicamente estáveis com potencial para integrar um programa de reabilitação psicossocial. Esta UV tem como principal objetivo o treino de autonomia e tem ainda uma capacidade média de 5-7 utentes (Instituto da Segurança Social, I.P, 2014).

Como foi possível perceber as UV's têm como principais objetivos a promoção da reabilitação, autonomia e da reintegração social, promoção de uma relação próxima com a comunidade para uma melhor integração e evitar os internamentos em instituições (Instituto da Segurança Social, I.P, 2014).

2.4. REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Com base na abordagem comunitária, a reabilitação psicossocial torna-se imprescindível e alcança uma extrema importância para a inserção da pessoa no seu processo de doença e reabilitativo, assim como a integração da família, que detém um papel fundamental neste processo. Sendo elementar a disponibilização de apoio e fornecimento de estratégias, de forma que haja uma continuidade dos cuidados.

A reabilitação psicossocial, centra-se na convicção de que é possível auxiliar a pessoa a superar as suas limitações originadas pela doença, através da aquisição de competências e capacidades, muitas vezes havendo necessidade de adaptação à sua realidade. Promover a autonomia e fomentar os direitos, através do *empowerment* das pessoas com doença mental e auxiliar/proteger junto da sociedade. Desta forma é necessário criar redes de suporte social de apoio às competências adquiridas e a desenvolver (Fazenda, 2009).

A definição e objetivos de Reabilitação Psicossocial da OMS (2001, p.116) são:

“A reabilitação psicossocial é um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido à perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade. (...) Os principais objetivos são a emancipação do utente, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria da competência social individual e a criação de um sistema de apoio social de longa duração”.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 8 de 2010, de 28 de janeiro, art.º 2, alínea m – Definições, Reabilitação Psicossocial é definida como sendo o processo de *“desenvolvimento das capacidades psíquicas remanescentes e de aquisição de novas competências para o autocuidado, atividades de vida diária, relacionamento interpessoal, integração social e profissional e participação na comunidade”* (Dec. Lei n.º 8 de 2010, p.258).

Cordo (2013), refere que reabilitar consiste em enfatizar as competências da pessoa e não as suas incapacidades e debilidades e nos sintomas psicopatológicos. Também é necessário olhar para a pessoa na sua totalidade e enquanto sujeito biopsicossocial, desta forma articulando o modelo médico/modelo social de uma forma complementar. Desta forma, fomentar *“uma abordagem não reducionista ou confinada a rótulos que aposte num conceito que é dos mais abrangentes – o da qualidade de vida”* (Cordo, 2013, p.21). Mantendo a autora, afirma que *“(…) cabe ao reabilitador acreditar no potencial de todos os indivíduos para a saúde e não no seu irremediável estado de doença”* (Cordo, 2013, p.48).

Os projetos de reabilitação de pessoas com doença mental devem apresentar os seguintes objetivos: *“Fornecer ao indivíduo estratégias que lhe permitam enfrentar o seu meio, em vez de sucumbir a ele; procurar a saúde, em vez de intervir diretamente e apenas ao nível da redução dos sintomas; melhorar o desempenho do indivíduo (em geral), apesar das suas capacidades residuais”* (Cordo, 2013, p.49).

Para Fazenda (2008), os objetivos fundamentais da reabilitação psicossocial são: a promoção do *empowerment* e autonomia da pessoa, diminuição do estigma e discriminação, desenvolvimento competências sociais/individuais e de uma estrutura de cuidado social estável.

Da mesma forma, Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, determina que as intervenções especializadas em saúde mental se desenvolvem através da *“promoção do potencial de saúde mental do cliente através da otimização das respostas humanas aos processos de transição: desenvolvimentais, situacionais e fortuitas”* (OE, 2015a, p.17036) e *“da promoção do desenvolvimento integral do cliente e a possível recuperação, capacitando-o para conquista de autonomia e funcionalidade, visando o alcance do equilíbrio e bem-estar dentro das limitações inerentes à sua condição mental”* (OE, 2015a, p.17037).

De acordo com o Decreto-Lei n.º 8 de 2010, de 28 de janeiro, art.º 4, Objetivos das unidades e equipas, os objetivos das unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental são:

- “a) A reabilitação e autonomia das pessoas com incapacidade psicossocial;*
- b) A manutenção ou reforço das competências e capacidades das pessoas com incapacidade psicossocial, com vista ao desenvolvimento do seu processo de recuperação;*
- c) A integração familiar e social das pessoas com incapacidade psicossocial*
- d) A promoção de vida na comunidade tão independente quanto possível das pessoas com incapacidade psicossocial que residam nos hospitais psiquiátricos, instituições psiquiátricas do sector social e departamentos ou serviços de psiquiatria de hospitais;*
- e) A promoção e o reforço das capacidades das famílias e outros cuidadores das pessoas com incapacidade psicossocial, habilitando-as a lidar com as situações daí decorrentes, facilitando e incentivando o acompanhamento familiar e promovendo a sua participação e envolvimento na prestação de cuidados”* (Dec. Lei n.º 8 de 2010, de 28 de janeiro, p.258).

2.5. CUIDADORES FORMAIS

As residências comunitárias, inseridas numa instituição de saúde, as quais se denominam de unidade de vida apoiada, destinam-se a pessoas assistidas com doença mental crónica e grave, que se encontram em situação de risco, com pouca autonomia para viverem sozinhos e/ou sem estrutura familiar adequada, sem terem necessidade de assistência médica permanente. Estas unidades têm como objetivo prestar auxílio às pessoas assistidas nas suas atividades de vida diária, trabalhando a sua autonomia, *empowerment* e autodeterminação. Desta forma, estas unidades de vida apoiada necessitam do investimento de equipas técnicas, mais especificamente de cuidadores formais, com trabalho em equipa multidisciplinar.

Sousa (2011) citado por Pereira (2014), distingue o cuidador formal do cuidador informal. Os cuidadores formais, são profissionais contratados, remunerados para a prestação de cuidados numa instituição ou em domicílio. Podendo concluir-se que exerce uma profissão, através de formação académica, profissional ou tenham preparação específica para a função que desempenham. Mantendo o autor, este refere que este tipo de cuidador pode possuir duas vertentes, cuidador de ação direta, ao apoiar diretamente a pessoa doente e o cuidador de ação indireta, apesar de trabalhar na instituição, não tem contato direto com a pessoa que necessita de cuidado.

Os cuidadores informais são familiares, amigos ou vizinhos que possuem um laço afetivo com a pessoa que cuidam, assumindo parte ou a totalidade dos cuidados, a título voluntário e gratuito. (Sousa 2011 citado por Pereira 2014).

De acordo com Sequeira (2010), estes profissionais deverão ter competência e capacidade para trabalhar numa equipa multidisciplinar. Com a finalidade, de garantir e proporcionar segurança e bem-estar, melhorando assim, a qualidade de vida da pessoa. Estes profissionais possuem competência técnica e/ou clínica, conhecimentos que lhes permitem intervir nos cuidados com uma abordagem holística, sendo por isso remunerado.

Mantendo o autor, os cuidadores desta tipologia, são habitualmente profissionais qualificados, como por exemplo: médicos, enfermeiros, auxiliares de ação médica, psicólogos, assistentes sociais, etc, são designados de cuidadores formais. Uma vez que estão integrados no âmbito de uma atividade profissional, onde existe uma preparação específica de acordo com a sua categoria profissional, sendo remunerados e/ou voluntários em hospitais, instituições comunitárias, lares, entre outros (Sequeira, 2010).

Oliveira, Queirós e Guerra (2007) citado por Sequeira, 2010) mencionam o cuidador formal como aquele que escolheu conscientemente e se qualificou academicamente e profissionalmente para exercer uma profissão na área de cuidados.

Mantendo o autor, este refere que o cuidador formal deve possuir determinadas habilidades e qualidades, as quais são:

- Habilidades técnicas: conjunto de habilidades e competências teóricas e práticas

adquiridas através da orientação de profissionais especializados, que visam capacitar o cuidador para que este possa oferecer cuidados e atenção adequados à pessoa.

- Qualidades éticas e morais: qualidades essenciais para estabelecer laços de confiança, dignidade, respeito e estar pronto para assumir obrigações de forma proativa. Em caso de não ser familiar, é importante ajustar-se aos costumes da família, mostrando respeito pela privacidade, ordem e convicções deles, evitando qualquer intromissão.
- Qualidades emocionais: é necessário ter controle emocional, habilidade de se relacionar com as pessoas, capacidade de entender os desafios enfrentados pelos idosos, adaptar-se às mudanças enfrentadas por eles e suas famílias, e ser tolerante diante de situações de frustração pessoal.
- Qualidades físicas e intelectuais: é necessário ter boa saúde física, incluindo força e energia, pois são fundamentais em situações em que é preciso auxiliar a pessoa a se locomover, vestir e/ou cuidar da higiene. É importante também ter a capacidade para lidar com situações que requerem ação e decisão.
- Motivação: Condição essencial para se cuidar de pessoas, reconhecendo sua importância como parte integrante da sociedade e assumindo-o como uma responsabilidade tanto individual quanto coletiva (Sequeira, 2010).

Ganesh & Indradevi (2015) citados por Manuel *et al.*, (2020), referem que a formação é a obtenção de conhecimento, habilidades e competências, tendo como objetivo primordial melhorar as capacidade, produtividade e desempenho do formando.

Jacob (2002) citado por Batista (2012, p.39), “*define formação profissional como acto de transmissão de conhecimentos teóricos, prático e relacionais, por parte de um especialista para um aprendiz, que permite a este iniciar ou evoluir numa determinada profissão ou função. Só com formação coerente e coordenada é possível atingir os patamares de qualidade e competitividade actualmente exigidos*”.

Para Batista (2012), o grau de eficácia do desempenho do cuidador formal está relacionado com a formação adquirida, sonando às habilidades pessoais e os recursos de

cada cuidador. Destacando as experiências e estratégias pessoais, a eficiência, a capacidade de lidar com diferentes situações, relação com o stress, a sua capacidade de resiliência e o significado e a importância do cuidar para o cuidador.

Os cuidadores formais podem receber treino especializado em habilidades técnicas relacionadas com as suas funções, como conhecimentos em saúde, alimentação, higiene e administração de medicamentos, além de aprender sobre o cuidado adequado para com as pessoas, (Choi, Kim, Kang, Kim, & Jang (2017), citado por Manuel *et al.*, (2020)) ou, pode envolver aspetos relacionados ao comportamento, como por exemplo, gestão de ansiedade e conflitos, utilizar estratégias de coping, técnicas de comunicação para facilitar o entendimento, colaboração em equipa, lidar com a morte, processos de luto, entre outros aspetos (Paulos (2010), citado por Manuel *et al.*, (2020)).

Adicionalmente, a capacitação dos funcionários deve iniciar-se no momento da integração, para que estes recebem informações sobre a missão, valores e metas. Além disso, devem ser oferecidas oportunidades constantes para desenvolver habilidades específicas e manter-se atualizado (Manuel *et al.*, (2020)).

Autores afirmam que a formação desses profissionais tem sido negligenciada, principalmente devido à associação da atividade a um determinado gênero e à crença de que as mulheres têm habilidades inatas para o ato de cuidar (Llobet, Canut, Mateu, & Ávila (2010), citado por Manuel *et al.*, (2020)).

No entanto, é fundamental capacitar os cuidadores para que possam executar suas responsabilidades de forma eficaz e com conhecimento adequado sobre as práticas necessárias, como o tratamento de feridas ou a administração de medicamentos. A educação facilita a qualidade de vida da pessoa institucionalizada (Llobet *et al.* (2010), citado por Manuel *et al.*, (2020)), e a qualidade de vida dos próprios cuidadores, que além da satisfação profissional previne acidentes em contexto de trabalho e doenças associadas a este contexto (e.g., Choi *et al.* (2017, citado por Manuel *et al.*, (2020))).

Como referido por Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques & Sousa (2011), os projetos de suporte aos cuidadores profissionais têm sido ampliados, no entanto há determinadas áreas que precisam ser melhoradas, como por exemplo o conteúdo, a intensidade e a duração da formação. As lacunas nessas áreas são ainda mais evidentes quando se trata do desenvolvimento de habilidades éticas, morais e emocionais.

Evidencia-se a importância de desenvolver programas de intervenção sustentados e integrados, com a finalidade de motivar, modificar condutas e atitudes, com vista à melhoria dos cuidados prestados e concludentemente da qualidade de vida e bem-estar de quem é cuidado.

2.6. PSICOEDUCAÇÃO

“A psicoeducação tem assumido especial destaque na intervenção com cuidadores familiares, visando dotá-los de conhecimento e capacidades para cuidar do familiar doente, e sua implementação tem vindo a demonstrar uma diminuição da sobrecarga emocional, física, um aumento substancial do conhecimento da doença e de estratégias para lidar com a sintomatologia...” (Sequeira & Sampaio 2020, p.174).

Segundo o Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave, psicoeducação é definida como uma intervenção que visa transmitir informação à pessoa, família ou cuidador informal e grupos-alvo, sobre doença, tratamento, diagnóstico e prognóstico. Assim, como os seus direitos enquanto pessoa portadora de doença mental e estratégias de adaptação à sua situação (Martins *et al.*, 2021).

A psicoeducação, como o nome indica é uma forma de educação. Uma intervenção de transferência de conhecimento/informação, sobre uma doença e/ou tratamento. Esta deverá ser transmitida de forma sistemática, didática e estruturada em sessões, de forma a capacitar a pessoa, melhorar o seu conhecimento e assim melhorar a adesão à terapia e eficácia no tratamento. Não é um tratamento, mas integra parte de um plano global de tratamento, (Sequeira & Sampaio, 2020).

Borah (2019), refere que a psicoeducação, não se limita a apenas ao fornecimento de informações, de um terapeuta à pessoa e/ou família. É algo muito mais abrangente, procurando a capacitação e consciencialização do processo patológico, por parte da pessoa. Fornecendo recursos/estratégias para conseguir gerir o processo de doença crónica

de forma mais autónoma possível e consequentemente alterar/melhorar os comportamentos face à doença.

Segundo Sampaio (2011), a psicoeducação, é uma intervenção de enfermagem, que tem como objetivo informar o doente e a família sobre a doença e tratamento, de forma a clarificar a compreensão e gestão da doença, proporcionando maior suporte e estratégias para lidar com a mesma devendo ser realizada por um Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica. Tem como objetivo capacitar tanto a pessoa com doença mental, como a família ou a comunidade para a gestão da doença e desta forma o seu envolvimento no processo de doença. Em forma de reforço, o Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave, “...é essencial que o enfermeiro EESMP mantenha uma relação terapêutica profunda, o que exige uma aliança mútua com uma abordagem aberta, participativa e igualitária onde a identificação de áreas de entendimento e um acordo quanto aos objetivos a atingir é fundamental” (Martins *et al*, 2021, citando Favrod & Maire, 2014, p.38).

A psicoeducação pode ser realizada de forma individual ou em grupo. Estruturada em sessões com objetivos delineados, Estes deverão ir ao encontro de informar sobre diagnósticos/prognóstico; permitir expressão de emoções; capacitar para a gestão do regime terapêutico; capacitar para a prevenção de recaídas; desenvolver competências de autocuidado (treino de gestão quanto à situação de saúde, técnica de resolução de problemas, de comunicação e assertividade). Existe 3 tipos de intervenção psicoeducativas:

- Intervenção psicoeducativa individual;
- Intervenção psicoeducativa grupal;
- Intervenção psicoeducativa familiar (Sequeira & Sampaio, (2020).

Pinho e Pereira (2015, p.16), referem que “as intervenções de psicoeducação familiar têm-se revelado muito eficazes na prevenção de recaídas e de reinternamentos, contribuindo para melhorar a recuperação das pessoas e para preservar a saúde física e mental dos membros da família, bem como a qualidade de vida”.

De acordo com as competências do Enfermeiro Especialista de Enfermagem e saúde Mental e Psiquiátrica que constam do Regulamento n.º 515/2018, publicado no Diário da República, o profissional “(...) *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*” (OE, 2018, p. 21430).

Estas competências referem ainda que o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, “*coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental*” (OE, 2018, p. 21430). Reforçando que o profissional, apresenta capacidades de implementar programas de psicoeducação, uma vez que possui competências que incluem diversas atividades como “*ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar*” (OE, 2018, p. 21427).

As perturbações mentais, encontram-se em linha crescente na atualidade. Com este facto advém, inúmeros desafios, sendo um deles a resposta a ser dada às necessidades existentes. Com toda a especificidade que a área de SM abrange e as limitações que toda esta "nova era" implicou, é uma mais-valia a aquisição de novos saberes. Após um período pandémico, com a alteração da gestão de cuidados, em que as metodologias de trabalho foram baseadas no cuidado imediato, tornou-se imperiosa a implementação de objetivos de formação pessoal de forma a consolidar o conhecimento e competências. É fundamental desenvolver o autoconhecimento, procurando um melhor planeamento das intervenções a desenvolver, de forma a proporcionar cuidados de enfermagem de excelência.

É imprescindível que o enfermeiro especialista, desenvolva e implemente programas de psicoeducação. Promovendo a reabilitação psicossocial da pessoa, com o objetivo de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, através do desenvolvimento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais de modo que possa prestar cuidados de excelência à pessoa assistida.

2.7. O MODELO TEÓRICO DE HILDEGARD PEPLAU

A elaboração do presente relatório, requer de uma base teórica, que suporte a relação humana e o agir do enfermeiro. Concluímos que os contributos da Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau são a conceptualização teórica que melhor sustenta as intervenções de enfermagem, respondendo às necessidades diagnosticadas e justificando os objetivos principais.

Hildegard Peplau, conhecida como a “mãe da enfermagem psiquiátrica”, dedicou-se à Enfermagem de Saúde Mental valorizando a importância do cuidado da pessoa com doença Mental, em 1952 criou a Teoria das Relações Interpessoais (Almeida, Lopes, & Damasceno, 2005).

“Peplau aborda em sua teoria a noção de crescimento pessoal, compartilhado entre enfermeira e paciente, a partir do estabelecimento de uma relação interpessoal entre ambos, no processo de cuidar” (Franzoi, Lemos, Jesus, Pinho, Kamada & Reis. 2016, p. 3655). Em consonância, é fundamental, o estabelecimento de uma relação entre enfermeiro e utente/família/grupo ou comunidade, sendo esta relação elemento principal no processo de cuidados de enfermagem.

Esta teórica considera que enfermagem, é uma *“relação humana entre uma pessoa que está doente, ou necessita de serviços de saúde, e uma enfermeira com uma formação especializada para reconhecer e responder à necessidade de ajuda”* (Peplau, 1990, p.5).

Ao desenvolver a sua teoria, baseou-se nas teorias de alguns autores como suporte teórico para desenvolver o seu modelo, nomeadamente, Maslow, Miller, Sullivan, entre outros foi influenciada pelos contributos de diversas teorias. Evidenciando-se a Teoria Interpessoal de Harry Sullivan, baseando-se no princípio de que a personalidade e comportamento das pessoas, desenvolve-se através das relações com outros. Podendo acontecer em qualquer altura do ciclo de vida e com o surgimento de novas relações interpessoais (Almeida, Lopes, & Damasceno, 2005).

Peplau, sustentada na Teoria Interpessoal de Harry Stack Sullivan defende que o crescimento dos intervenientes da relação ocorre com o decorrer do ato de cuidar, debruçando-se sobre a natureza da relação entre a enfermeira e a pessoa, como “enfermagem

psicodinâmica”, possibilitando a exploração das dificuldades, sentimentos e comportamentos com as pessoas e ensiná-las a lidar com os mesmos (Almeida, Lopes, & Damasceno, 2005).

Peplau apresenta dois pressupostos fundamentais, os quais são:

- A postura e formação que o enfermeiro adota, tem uma implicação direta na aprendizagem da pessoa durante a sua experiência como doente, ou seja, enquanto pessoa que recebe cuidados de enfermagem.
- Uma das funções da enfermagem é contribuir no desenvolvimento da personalidade no sentido do amadurecimento. Estando implícito a utilização de métodos e princípios, que facilitem a orientar e o processo de resolução de problemas ou dificuldades interpessoais do dia a dia (Tomey & Alligood, 2004).

Nesta teoria, Peplau considera como metaparadigmas, Enfermagem, Saúde, Pessoa e Ambiente.

Relativamente ao conceito de Enfermagem, consiste num *"processo interpessoal, significativo e terapêutico. Funciona em cooperação com outros processos humanos que tornam a saúde possível para os indivíduos nas comunidades"* (Tomey & Alligood, 2004, p.428).

Peplau define Saúde como, *"palavra símbolo que implica um movimento da personalidade para a frente e outros processos humanos em curso, no sentido de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária"* (Tomey & Alligood, 2004, p.429).

Refere Pessoa como *"um organismo que vive num equilíbrio instável"* (Tomey & Alligood, 2004, p.428).

No que se refere ao Ambiente, a teórica define como *"forças existentes no exterior do organismo e no contexto da cultura, a partir das quais a moral, os costumes e crenças são adquiridos. No entanto, as condições gerais suscetíveis de conduzirem à saúde incluem sempre o processo interpessoal"* (Tomey & Alligood, 2004, p.429).

Peplau, descreve que a Enfermagem detém um papel educativo, enaltecendo o crescimento pessoal de ambos os participantes da relação (Tomey & Alligood, 2004).

Esta teoria das relações interpessoais é constituída por quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução. Estas fases inter-relacionam-se, podendo haver sobreposição de tarefas à medida que o processo evolui na direção de uma solução.

A fase de orientação, inicia-se pela procura da pessoa pelo profissional, através de uma “necessidade percebida”, a qual deve ser esclarecida e definida conjuntamente, correspondendo assim ao início da interação entre enfermeiro e pessoa, sendo uma fase de avaliação diagnóstica das necessidades. O enfermeiro tem um papel orientador para com a pessoa/família na consciencialização dos seus problemas, ajudando a reconhecer, identificar e compreender os mesmos, definindo em conjunto, os objetivos terapêuticos e educativos mais adequados para as suas necessidades. *“Essa fase se inicia com o encontro entre desconhecidos, paciente e enfermeiro, e finaliza-se com a identificação/definição do problema”* (Franzoi *et al.*, 2016, p.3656).

Na fase de identificação, a pessoa identifica-se com o profissional que oferece ajuda, criando uma relação, com o estabelecimento de metas no processo de cuidados, de forma interdependente e cooperativa. Mantendo Franzoi *et al.*, este refere que *“a enfermeira permite a exploração de sentimentos e auxilia o paciente no enfrentamento do problema como uma experiência, fortalecendo forças positivas da personalidade e fornecendo dessa forma, a satisfação necessária”* (Franzoi *et al.*, 2016, p.3656).

A fase de exploração, nesta fase da relação, o enfermeiro dispõe de instrumentos de comunicação no cuidado à pessoa. Esta confia nos conhecimentos do enfermeiro e usufrui dos recursos disponíveis, beneficiando de tudo o que lhe seja útil, para a satisfação das suas necessidades (Franzoi *et al.*, 2016).

Finalizando as fases, a fase de resolução é a última parte da relação, havendo o fim da mesma. Uma vez que se verifica a satisfação gradual das necessidades da pessoa, surgindo assim novos objetivos. Com isto, a pessoa deixa de se identificar com o profissional, uma vez que demonstra capacidade de resolução dos seus problemas mais forte e independente (Franzoi *et al.*, 2016).

Peplau, sublinha que durante as fases da relação, a enfermeira pode assumir diferentes papéis. Como o de “pessoa estranha”, uma vez que no primeiro contacto terapêutico entre enfermeiro e utente, estes são dois estranhos. A enfermeira deverá afetar a pessoa como é, considerando-o apto emocionalmente para o estabelecimento da relação.

Como “pessoa de recurso”, o enfermeiro tem informação necessária adequada a aprendizagem da pessoa, para que esta compreenda a sua nova situação de saúde e os problemas com que se depara.

O “papel de professor”, em que o enfermeiro auxilia no processo de aprendizagem, identificando as necessidades e fornecendo as informações, potenciando a sua melhoria e promovendo a participação da pessoa/família/comunidade no seu contexto atual.

O “papel do líder”, através de uma relação cooperativa em que o enfermeiro promove a participação ativa da pessoa no seu processo de tratamento e cuidado.

O “papel de substituto”, o utente de forma inconsciente, associa o enfermeiro é uma pessoa familiar, não tendo a perceção do papel efetivo do enfermeiro (Peplau, 1990).

Optámos por esta teoria como suporte para o Projeto pela importância transmitida à relação terapêutica que se estabelece entre enfermeiro e a pessoa, a qual esta intrínseca à natureza da profissão de enfermagem, assim como à evidência do método educativo, correspondendo também às competências específicas do Enfermeiro EESMP.

3. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Neste capítulo iremos caracterizar o local onde decorreu o Estágio Final, de forma a enquadrar o desenvolvimento profissional enquanto Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica. O Estágio Final, encontra-se dividido em dois momentos, sendo o Estágio I, realizado em contexto de internamento e o Estágio Final, realizado em contexto de comunidade. Contudo, com o reconhecimento e validação da experiência profissional (cerca de quinze (15) anos), em serviços de internamento de Psiquiatria, houve a possibilidade da concessão de uma equivalência de competências, assim sendo o Estágio Final é referente ao segundo momento.

A escolha deste local de estágio deve-se ao facto de nesta instituição haver unidades vocacionadas para reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental grave. Inseridas em Residências Comunitárias – Unidade de Vida Protegidas (UVP).

3.1. ESTÁGIO FINAL – PRÁTICA EM CONTEXTO COMUNITÁRIO

Este serviço de reabilitação tem a capacidade de oitenta e cinco (85) utentes, distribuindo-se em seis Unidades Residências Internas (URI) e duas Unidades de Reabilitação Habitacional Comunitária (URHC). As URI têm sessenta e oito (68) utentes, sessenta e três (63) do sexo feminino e cinco (5) do sexo masculino e as URHC têm lotação de dez (10) utentes em conjunto, todas do sexo feminino. Estas unidades são destinadas a pessoas adultas, estabilizadas e de evolução crónica.

As utentes, acima mencionadas, são provenientes de várias regiões de Portugal, com os mais diversos diagnósticos na área da saúde mental e psiquiátrica.

As residências estão organizadas por:

- Residência do Girassol, residência interna com maior grau de autonomia, constituída por 10 utentes, com uma média de idades de quarenta e nove (49) anos com diagnósticos de perturbação do desenvolvimento intelectual, perturbação bipolar e duplo diagnóstico;

- Residência Das Flores, residência interna com grau moderado de autonomia, constituída por dez (10) utentes, com uma média de idades de sessenta e cinco (65) anos com diagnósticos de perturbação do desenvolvimento intelectual e duplo diagnóstico;
- Residência do Sol, residência interna com grau moderado de autonomia, constituída por doze (12) utentes, com uma média de idades de sessenta (60) anos, com diagnósticos de perturbação da personalidade, perturbação do desenvolvimento intelectual e esquizofrenia;
- Residência Sénior, residência interna com baixo grau de autonomia, constituída por sete (7) utentes, com uma média de idades de setenta e três (73) anos, com diagnósticos de perturbação bipolar e esquizofrenia;
- Residência Primavera, residência interna com baixo grau de autonomia, constituída por doze (12) utentes, com uma média de idade de sessenta e sete (67) anos, com patologias diversas;
- Residência das Estrelas, residência interna com grau moderado de autonomia, constituída por dezassete (17) utentes, com uma média de idades de cinquenta e seis (56) anos, diagnósticos de esquizofrenia, perturbação bipolar e perturbação esquizoafetiva.
- Residência Laço Verde, situada na comunidade, em apartamentos distintos, com grau elevado de autonomia, constituída por onze (11) utentes, com uma média de idade de (sessenta e um) 61 anos, com diagnósticos de esquizofrenia e doença bipolar.

Estas residências de reabilitação psicossocial, têm como principais objetivos a promoção do potencial reabilitativo e o desenvolvimento da autonomia da pessoa com doença mental/perturbação do desenvolvimento intelectual, e por consequência melhoria da qualidade de vida.

A equipa multidisciplinar é constituída por: uma (1) Irmã Religiosa que é responsável pelas residências (estruturas e encarregada da equipa auxiliares de ação medica); Uma (1) Enfermeira EESMP a tempo inteiro (35h/semanais) no horário da manhã (9h/17h); Uma (1) Enfermeira a meio horário; Quinze (15) AE/ASG (doze (12) das quais prestam cuidados no turno da manhã (8h/20h), uma (1) dá auxílio nas rotinas das residentes externas das 9h às 17h e, as restantes duas (2) no turno da noite (20h/8h). Estão disponíveis ainda uma (1) Psicóloga, uma (1) Terapeuta Ocupacional, uma (1) Educadora

Social, uma (1) Animadora socio-cultural, uma (1) Assistente Social, um (1) Médico de clínica geral, duas (2) Médicas psiquiatras.

A referenciação é feita através de equipas hospitalares após internamentos em serviço de psiquiatria e, também, referenciações internas a partir do Serviço de Psiquiatria de Agudos. Após esta primeira triagem, a equipa multidisciplinar (médica psiquiatra, psicóloga, enfermeira, assistente social, terapeuta ocupacional e educadora social) afeta ao projeto de Reabilitação Psicossocial, realiza uma avaliação completa da utente, analisando o tipo de diagnóstico, as competências psicossociais e emocionais, o grau de autonomia, a situação social, as suas atividades significativas para analisar os critérios de internamento no âmbito das residências.

Através da visita às instalações foi possível conhecer os espaços que constituem as residências, como os quartos, as salas de convívio e também identificar as rotinas e dinâmicas. Foram ainda perceptíveis as diferenças existentes entre unidades de internamento e as unidades residenciais, pois apresentam características distintas.

Estas unidades residenciais, apresentam espaços personalizados pelo gosto pessoal dos residentes, tornando-se num ambiente acolhedor e fomentando o sentido de pertença às pessoas institucionalizadas. Mesmo sendo espaços partilhados, estes são decorados com pertences pessoais de acordo com o gosto de cada pessoa, podendo assim manter as características, personalidade de cada uma e um cariz mais familiar.

Referente à funcionalidade das residências internas, cada uma tem 1 AE/ASG por turno das 8h às 20h, sendo o grupo profissional mais presente. No horário noturno, existem duas auxiliares que dão apoio às residentes das 20h/8h. Na residência externa, nos apartamentos na comunidade, tem uma animadora sociocultural durante o dia (9h/17h00) e uma AE/ASG que dá apoio nas rotinas (9h/17h).

Como mencionado acima, a equipa de enfermagem é constituída pela Enfermeira EESMP e uma Enfermeira generalista. Como espaço físico, têm um gabinete de enfermagem, funcionando de 2ª a 6ª feira das 9h às 17h, onde se realizam as consultas de enfermagem e tratamentos necessários. No que se refere às intervenções terapêuticas são realizadas no espaço físico das residências. Referente ao horário das 17h às 9h e fins de semana, os cuidados de enfermagem das residências são assegurados pela equipa de enfermagem de uma unidade de longo internamento

Cada residência é adaptada às capacidades e autonomia das suas residentes, sendo que cada uma tem o seu plano de tarefas, atividades ocupacionais, intervenções terapêuticas e funcionalidade.

Nestas unidades residenciais, no sentido de promover a autonomia e a capacidade de decisão das utentes realiza-se uma reunião comunitária onde são abordados diversos temas, entre os quais a alimentação para a semana seguinte, atividades terapêuticas/lúdicas da semana, distribuição das tarefas semanais, resolução de conflitos, regulação emocional, e sugestões de melhoria do ambiente. Este tipo de atividades permite fazer o acompanhamento terapêutico, estimulando as competências da pessoa e providenciando os recursos necessários e as oportunidades para que adquiram o máximo de autonomia possível.

A equipa multidisciplinar realiza reuniões semanais com o objetivo de pensar, agir, de forma holística, no estado de saúde física das utentes, assim como nas alterações comportamentais e emocionais, análise da situação social, organização das atividades ocupacionais personalizadas para cada pessoa assistida, tendo em consideração as suas características pessoais e o processo de doença.

4. METODOLOGIA DE PROJETO

Metodologia de projeto, consiste numa investigação que se debruça na deteção de um problema real e existente num determinado contexto. Assim como no planeamento/implementação de estratégias e intervenções eficazes com vista à sua resolução (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Desta forma, neste capítulo pretende-se explanar a elaboração de um projeto no âmbito da saúde, com o planeamento de intervenções adequadas às necessidades evidenciadas dentro do contexto do Estágio Final.

O mesmo autor refere que a metodologia de projeto é caracterizada como uma atividade intencional, pressupondo um objetivo, viabilizando as intervenções desenvolvidas, traduzindo-se num resultado que procura dar resposta ao objetivo definido inicialmente. Pressupõe iniciativa e autonomia daqueles que o realizam, uma vez que se tornam corresponsáveis pelas escolhas e trabalho nas diferentes fases da sua execução. Envolve autenticidade, na medida que deverá ter em conta um problema real e genuíno, apresenta complexidade e incerteza. Tem um carácter prolongado e faseado num período, percorrendo as várias fases em que o projeto é desenvolvido, sendo elas elaboração do diagnóstico da situação; definição dos objetivos; planificação das atividades, meios e estratégias; execução das atividades planeadas; avaliação e divulgação dos resultados obtidos (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

No decorrer do estágio, procurámos desenvolver o nosso projeto tendo em conta as diferentes fases metodológicas, uma vez que se define também como uma das mais valias na aquisição e mobilização de competências específicas do enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica.

4.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

A primeira etapa da metodologia de projeto consiste no diagnóstico situação, que visa identificar uma situação-problema, delineando um modelo descritivo sobre o qual pretendemos atuar e provocar a mudança (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Os mesmos autores referem, que para um projeto no contexto cuidados de saúde, no seu desenvolvimento devemos realizar uma análise integrativa das necessidades da população, onde pretendemos intervir, desenvolver estratégias e ações, “(...) *concentrando os esforços e aproveitando os recursos disponíveis de forma a fomentar o trabalho em equipa entre os profissionais de saúde e equipa multidisciplinar e promover a capacidade, motivação e autonomia da população (...) fundamental mobilizar os recursos humanos que são um elemento fulcral para a mudança de qualquer instituição, assim como é importante que estes possuam um bom nível de formação, adequada às suas funções e que invistam na formação contínua*” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.10).

Ruivo, Ferrito & Nunes (2010), referem que o diagnóstico da situação, deve ir ao encontro das necessidades de saúde da população, para tal é necessária uma boa colheita de informação, recorrendo aos instrumentos disponíveis, no sentido de dar resposta às necessidades e assim minimizar os problemas identificados. Analisa o contexto social, económico e cultural, constituindo numa etapa dinâmica, uma vez que consiste na caracterização continua e permanente da situação, com as atualizações necessárias, uma vez que se vai aperfeiçoando, de acordo com alterações encontradas no contexto real, nas instituições de saúde e serviços, tendo em atenção e não desvalorizar as dificuldades e complicações que se vão deparando.

É imprescindível que o diagnóstico da situação seja efetuado num curto espaço de tempo para que a implementação de estratégia ocorra em tempo útil (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Para esta fase da metodologia de projeto, é fundamental observação e análise da população alvo, de forma que sejam identificadas as problemáticas assim como a determinação das necessidades existentes. De forma a delinear estratégias para colmatar as necessidades com o objetivo de conduzir à resolução dos problemas existentes.

Assim, em concordância com o contexto onde decorreu o estágio realizado numa residência de reabilitação de utentes com doença mental grave, em que o cuidador formal mais presente é a equipa de AE/ASG. Uma vez que a área profissional é uma área específica, como a reabilitação e tendo em conta os seus objetivos específicos, os técnicos de saúde deverão possuir competências também específicas de atuação perante a população

existente. De forma a garantir e proporcionar segurança bem-estar e manutenção das capacidades.

Como instrumento de diagnóstico e de acordo com os objetivos e o contexto, recorreremos à observação. Segundo Ruivo, Ferrito & Nunes (2010), a observação pode ocorrer de forma natural, designada de observação “desarmada”, havendo oportunidade de observar diretamente os comportamentos em diferentes situações, registo das características dos mesmos e posteriormente a sua avaliação. Pode também ocorrer a observação de forma indireta, onde a informação é obtida através de questões que se colocam diretamente aos indivíduos.

Nas primeiras semanas de estágio houve oportunidade de observar as rotinas existentes nas residências, assim como as rotinas das utentes residentes e o trabalho das profissionais. Havendo a oportunidade de detetar as dificuldades existentes, como o défice de conhecimentos sobre o conceito de saúde e doença mental assim como a interpretação das suas características, dificultando a atuação em momentos mais desafiantes, muitas vezes respostas menos assertivas. As lacunas existentes na comunicação muitas vezes causando comprometimento na relação, influenciando negativamente a mesma. Desconhecimento perante as emoções expressas, o que proporciona um aumento de alterações de comportamento das utentes inseridas nas residências. Somando a esta realidade, o facto de serem o grupo profissional mais presente fisicamente nas residências, o que consequentemente tem a necessidade da tomada de decisão, colmatando muitas vezes por dificuldade na tomada das mesmas, sentimento de frustração devido às dúvidas existentes. A rotatividade deste grupo profissional, muito por conta da falta de formação na área da saúde mental, proporciona a incompreensão e desmotivação, acabando por ter um resultado muito elevada. Esta rotatividade também tem efeito prejudicial para com as utentes que se encontram nas residências, fazendo aumentar ansiedade, desconforto, alterações no seu processo reabilitativo e consequentemente no seu processo de doença.

Considerando a população existente nas residências sendo constituída por utentes com doença mental grave consideramos pertinente abordar diversas temáticas de forma a aumentar o conhecimento dos cuidadores formais sendo eles o grupo profissional – AE/ASG.

Com o objetivo de confirmar e realizar o diagnóstico de necessidades é imperativo, avaliar com a enfermeira orientador tais necessidades, sendo desta forma imprescindível determinar estratégias de intervenção que promovam o aumento de conhecimento, melhoria da atuação e consequentemente a qualidade dos cuidados e qualidade de vida dos utentes.

No âmbito da saúde mental, especificamente na reabilitação, é necessário ter em conta a formação que as profissionais têm e por outro lado a sua necessidade de formação.

O confronto para com a inexistência de formação na área da saúde mental e psiquiátrica, tornou-se uma questão fulcral, justificando a pertinência da elaboração de um programa de psicoeducação para os cuidadores formais, com o objetivo de suprir as necessidades do grupo profissional.

Desta forma, o enfermeiro especialista de saúde mental tem um papel imprescindível para a avaliação das dificuldades deste grupo profissional e formular um programa de psicoeducação que vá ao encontro dessas mesmas dificuldades, que visem a promoção de conhecimentos e competências específicas no contexto dos cuidados a pessoas com doença mental.

4.1.2. Caracterização do grupo profissional

O grupo profissional é constituído por 12 elementos todos do sexo feminino com idades compreendidas entre os 25 e os 61 anos, com tempo de serviço na instituição que varia de 4 meses a 27 anos, sendo a média de serviço 4 anos.

4.2. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS

A fase seguinte corresponde à definição de objetivos que representa uma das fases fundamentais na Metodologia do Projeto.

“Enquadrando os objectivos na metodologia de projecto, estes assumem-se como representações antecipadoras centradas na acção “a realizar”, ou seja, a determinação dos objectivos finais embora não seja sempre uma condição prévia temporal é irremediavelmente um ponto fulcral na elaboração de projectos de acção” (Barbier et al,1996 citada por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.18)

Esta implementação destina-se aos cuidadores formais (equipa AE/ASG). De forma a dotar este grupo profissional de conhecimentos sobre saúde e doença mental, com vista a melhorar as respostas às solicitações de uma pessoa com doença mental, inserida num plano de reabilitação psicossocial. Este projeto estando delineado para cinco (5) sessões, não se espera obter mudanças muito elevadas, mas sim perceber o impacto que poderá ter.

“Como características dos objectivos do projecto, podemos definir que, os mesmos devem obedecer a alguns itens, sendo estes: claros; de linguagem precisa e concisa; em número reduzido; realizáveis; mensuráveis em termos de qualidade, quantidade e duração” (Gouveia et al. citado por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.19)

Ao definir o diagnóstico da situação, tornou-se fundamental delinear um objetivo geral e respetivos objetivos específicos que orientasse todas as intervenções no âmbito do programa de psicoeducação para os cuidadores formais – AE/ASG.

Objetivo geral:

- Desenvolver o projeto de um programa psicoeducativo para os cuidadores formais de residências de reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental grave de evolução prolongada.

Objetivo específicos:

- Identificar o diagnóstico de situação;
- Definir intervenções de acordo com as necessidades;
- Implementar um programa de psicoeducação.

4.3. PLANEAMENTO DO PROJETO

O planeamento, *“é a terceira fase do ciclo de vida do Projecto, em que é elaborado um plano detalhado do projecto cobrindo as várias vertentes da gestão: engenharia do software, calendarização das actividades, recursos necessários, riscos e qualidade”* (Miguel, 2006 citado por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.20).

Nesta fase de planeamento do esboço do projeto, efetua-se o levantamento de recursos, define-se as atividades a desenvolver pelos diferentes elementos do grupo, identificam-se as limitações do trabalho, definem-se também os métodos e técnicas de pesquisa e a calendarização do projeto, coma elaboração de um cronograma (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Este programa de psicoeducação foi delineado com o intuito de ser desenvolvido nas residências de reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental e psiquiátrica grave. A sua aplicação está direcionada aos cuidadores formais, grupo constituído por indivíduos de ambos os géneros que respeitem os critérios de inclusão definidos. As sessões planeadas promovem a partilha de experiências vivenciadas sentimentos, receios e dúvidas, proporcionando assim também a partilha de conhecimento, identificação e adequação de estratégias de intervenção resolução de problemas, com um propósito centrado na melhoria dos cuidados. Como critérios de inclusão, temos o grupo profissional – AE/ASG a prestar serviços nas residências de reabilitação. Os critérios de exclusão, todos os outros grupos profissionais, visto que os objetivos elaborados são direcionados para as necessidades da equipa de AE/ASG.

Desta forma, nas primeiras semanas de estágio, com a colaboração da enfermeira orientadora, definimos estratégias para a elaboração do projeto, no sentido de ir ao encontro das necessidades identificadas. Tendo em conta o horário de trabalho e toda a dinâmica, consideramos como estratégia mais adequada a realização das sessões do programa num horário de pausa, em que as utentes se encontram em atividades terapêuticas. Assim não comprometer a parte laboral e as dinâmicas de serviço.

Numa fase inicial, é muito importante estabelecer relação com os profissionais de forma que seja mais confortável a nossa presença e não haver um comportamento condicionado uma vez que era perceptível a nossa necessidade de observação durante o tempo laboral.

Nesta fase de planeamento do esboço do projeto, efetua-se o levantamento de recursos, define-se as atividades a desenvolver pelos diferentes elementos do grupo, identificam-se as limitações do trabalho, definem-se também os métodos e técnicas de pesquisa e a calendarização do projeto, com a elaboração de um cronograma (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Deparamo-nos com algumas dificuldades e limitações decorrentes dos horários rotativos e disponibilidade das pessoas. Uma vez que o programa iria ser executado em horário de trabalho e haver dificuldades em conciliar e planificar horário com o objetivo de conseguir a presença de todos os profissionais. Desta forma houve a necessidade de efetuar duas sessões com a mesma temática de forma abranger maior número de profissionais. Assim conseguimos um grupo de doze profissionais, que estiveram presentes em todas as sessões implementadas no programa. Ficando excluídas as profissionais do turno da noite, uma vez que não tinha disponibilidade para estar presente.

Durante a fase de planeamento, houve a necessidade de realizar pesquisa bibliográfica para a realização das sessões de psicoeducação com as temáticas selecionadas, as quais são: introdução à doença mental e saúde mental; comunicação assertiva; alteração de comportamento; emoções – regulação emocional; cuidador formal – autonomia vs paternalismo.

Como momento avaliativo das sessões, efetuou-se a avaliação diagnóstica inicial (anexo I) e final (anexo II), com o questionário utilizado pela instituição, e no final do programa, utiliza-se a avaliação do formando (anexo III), também um documento instituído na instituição. Todos os questionários são confidenciais.

QUADRO N° 1 – Estrutura do programa

1ª sessão	Introdução à saúde mental e doença mental
2ª sessão	Comunicação assertiva
3ª sessão	Emoções – regulação emocional
4ª sessão	Alteração de comportamento
5ª sessão	Cuidador forma – autonomia vs paternalismo
Objetivos	• Potenciar o desenvolvimento de conhecimento sobre a temática; • Aumentar a literacia da população alvo; • Promover a capacitação de competências dos envolvidos.
População Alvo	Grupo profissional – Ajudantes de Enfermaria/Auxiliares de serviços Gerais (AE/ASG)
Duração	5 sessões, 2 por semana, com duração de 60 a 90 Minutos

Avaliação	• Observação direta de mudança de comportamentos, mudança de conhecimentos, mudança de atitudes, aprendizagem de novas competências sociais e emocionais; • Questionário de avaliação diagnóstica inicial e final; • Questionário de avaliação do formando.
------------------	--

QUADRO Nº 2 – Plano de sessão nº 1 – Psicoeducação sobre Introdução à Saúde mental/ Doença mental

Módulo I		
Sessão nº 1		
Tema	Psicoeducação sobre Introdução à Saúde mental/ Doença mental	
Duração	60 a 90 Minutos	
Recursos	Sala, cadeiras, computador, vídeo-projetor, diapositivos em formato Power Point	
Objetivo Geral	• Potenciar o desenvolvimento de conhecimento sobre a temática.	
Objetivos Específicos	• Identificar os principais conceitos de saúde mental e doença mental; • Reconhecer as principais características das diferentes doenças mentais; • Enumerar as características principais da deficiência intelectual; • Conhecer as formas de ação de acordo com as diferentes manifestações de sintomas; • Reconhecer os malefícios do estigma relativamente à doença mental.	
Plano	1º Momento	- Identificar o tema da sessão; - Entrega do questionário de avaliação inicial de conhecimento; - Apresentar os objetivos da sessão.
	2º Momento	- Apresentar conteúdos relativos à temática: • O que é a saúde mental e doença mental; • Características das doenças mentais; • O que é a Deficiência Intelectual e suas características; • Estigma. - Incentivar a expressão de dúvidas e a partilha de sentimentos.
	3º Momento	- Avaliar o impacto da sessão através do questionário final de conhecimentos.

QUADRO N° 3 – Plano de sessão n° 2 – Psicoeducação sobre Comunicação Assertiva

Módulo I		
Sessão n° 2		
Tema	Psicoeducação sobre Comunicação Assertiva	
Duração	60 a 90 Minutos	
Recursos	Sala, cadeiras, computador, vídeo-projetor, diapositivos em formato Power Point	
Objetivo Geral	• Potenciar o desenvolvimento de conhecimento sobre a temática.	
Objetivos Específicos	• Conhecer a comunicação: saber o que é, os elementos/tipos e estilos existentes; • Conhecer a comunicação assertiva e as suas técnicas.	
Plano	1º Momento	- Identificar o tema da sessão, - Entrega do questionário de avaliação inicial de conhecimento, - Apresentar os objetivos da sessão.
	2º Momento	- Apresentar conteúdos relativos à temática: • Comunicação: tipos/elementos/estilos; • Comunicação assertiva e as suas técnicas. - Incentivar a expressão de dúvidas e a partilha de sentimentos.
	3º Momento	- Avaliar o impacto da sessão através do questionário final de conhecimentos.

QUADRO N° 4 – Plano de sessão n° 3 – Psicoeducação sobre Emoções – Regulação emocional

Módulo I	
Sessão n° 3	
Tema	Psicoeducação sobre Emoções – Regulação emocional
Duração	60 a 90 Minutos
Recursos	Sala, cadeiras, computador, vídeo-projetor, diapositivos em formato Power Point
Objetivo Geral	• Potenciar o desenvolvimento de conhecimento sobre a temática.

Objetivos Específicos	• Conhecer o que são as emoções, conceitos e as suas funções; • Compreender a regulação emocional: o que é e as estratégias; • Identificar estratégias na atuação perante a crise.	
Plano	1º Momento	- Identificar o tema da sessão; - Entrega do questionário de avaliação inicial de conhecimento; - Apresentar os objetivos da sessão.
	2º Momento	- Apresentar conteúdos relativos à temática: • Compreender as emoções: conceito e as estratégias; • Identificar as estratégias de atuação perante a crise. - Incentivar a expressão de dúvidas e a partilha de sentimentos.
	3º Momento	- Avaliar o impacto da sessão através do questionário final de conhecimentos.

QUADRO N° 5 – Plano de sessão n° 4 – Psicoeducação sobre Alterações de comportamento

Módulo I		
Sessão n° 4		
Tema	Psicoeducação sobre Alteração de comportamento	
Duração	60 a 90 Minutos	
Recursos	Sala, cadeiras, computador, vídeo-projetor, diapositivos em formato Power Point	
Objetivo Geral	• Potenciar o desenvolvimento de conhecimento sobre a temática.	
Objetivos Específicos	• Identificar estratégias na atuação perante a crise; • Compreender as alterações de comportamento: o que são, tipos e porque ocorrem.	
Plano	1º Momento	- Identificar o tema da sessão; - Entrega do questionário de avaliação inicial de conhecimento; - Apresentar os objetivos da sessão.
	2º Momento	- Apresentar conteúdos relativos à temática: • O que é alterações de comportamento; • Porque ocorrem – “efeitos gatilho”;

		- Incentivar a expressão de dúvidas e a partilha de sentimentos.
	3º Momento	- Avaliar o impacto da sessão através do questionário final de conhecimentos.

QUADRO N° 6 – Plano de sessão nº 5 – Psicoeducação sobre Cuidador formal – Autonomia Vs Paternalismo

Módulo I		
Sessão nº 5		
Tema	Psicoeducação sobre Cuidador formal – Autonomia Vs Paternalismo	
Duração	60 a 90 Minutos	
Recursos	Sala, cadeiras, computador, vídeo-projetor, diapositivos em formato Power Point	
Objetivo Geral	• Potenciar o desenvolvimento de conhecimento sobre a temática.	
Objetivos Específicos	• Conhecer o conceito de cuidador formal; • Identificar os objetivos e a importância do cuidador formal para a autonomia; • Distinguir a autonomia VS paternalismo; • Identificar estratégias para evitar o paternalismo.	
Plano	1º Momento	- Identificar o tema da sessão; - Entrega do questionário de avaliação inicial de conhecimento; - Apresentar os objetivos da sessão.
	2º Momento	- Apresentar conteúdos relativos à temática: • Cuidador formal: conceito e os seus objetivos; • Paternalismo: conceito; • Estratégias para evitar o paternalismo. - Incentivar a expressão de dúvidas e a partilha de sentimentos.
	3º Momento	- Avaliar o impacto da sessão através do questionário final de conhecimentos.

4.4. EXECUÇÃO DO PROJETO

Na fase de execução da Metodologia de Projeto, implementa-se todo o projeto planejado anteriormente, ocorrendo a materialização do plano pretendido.

“Neste sentido, o que anteriormente era somente um real construído mentalmente, um “esboço de desejo”, começa a tornar-se numa situação real construída” (Carvalho *et al.*, 2001 e Nogueira, 2005 citados por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.23).

É imperativo a procura de dados, documentos, informações que contribuam para resolução do problema identificado, tendo em conta a mobilização de dados e o tempo previamente estabelecido (Castro, *et al.*, 1993; Carvalho *et al.*, 2001, citados por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

No planeamento das sessões, como foi referido, tivemos em conta a escassa formação que os profissionais detinham referente à saúde mental e também os diagnósticos de enfermagem. Foi elaborado apresentações em PowerPoint (APÊNDICES), com a pesquisa bibliográfica efetuada, com as temáticas planeadas anteriormente e de acordo com os objetivos propostos. Achou-se pertinente iniciar o programa com informação sobre saúde e doença mental. As sessões foram elaboradas tendo em conta a população alvo, com a informação clara e de fácil leitura e compreensão, com diversos momentos de partilha ao longo das sessões, de forma a poder dar espaço para partilha de sentimentos e questões.

Sessão nº 1 – Psicoeducação sobre Introdução à Saúde mental/ Doença mental (Apêndice II)

Primeiramente foi aplicado o questionário de avaliação diagnóstica inicial relativamente à temática da sessão e de acordo com os objetivos da mesma, de forma a avaliar os conhecimentos.

Iniciou-se esta sessão com a história da saúde mental, direcionando também para a história da instituição onde os profissionais prestam cuidados, uma vez que foi uma das impulsionadoras para acolher pessoas, especialmente mulheres, com doença mental. Seguiu-se com um breve enquadramento conceptual sobre saúde mental; doença mental; as

características das doenças mentais mais frequentes nas residências de reabilitação psicossociais; os objetivos da reabilitação psicossocial, fomentando o papel dos profissionais, finalizando com o estigma perante a doença mental.

A componente educativa desta sessão tinha como objetivo de fornecer informação sobre a doença mental, a sua etiologia, como era negligenciada antigamente e o seu impacto negativo na sociedade. Foi abordado também o impacto das experiências e contextos de vida a que as pessoas com doença mental estavam sujeitas, como falta de direitos humanos e também a falta de conhecimentos sobre esta realidade. Com esta apresentação, foi perceptível, a consciencialização dos profissionais perante a informação fornecida, dotando-os de conhecimentos direcionados para a doença mental. A intervenção desta sessão teve como objetivo desmistificar mitos e estereótipos, ajudá-los a enfrentar os desafios impostos pela doença mental, procurou-se dotá-los de intervenções mais assertivas perante a crise; estratégias de gestão de comportamentos problemáticos e entender as diferentes doenças mentais.

Ao longo da sessão efetuou-se diversos momentos de partilha. Necessários para a discussão em grupo, partilha de experiências passadas dos participantes e refletir sobre o que se poderia fazer diferente ou o que resultou na situação mencionada, partilha de sentimentos, os quais podem ser positivos ou negativos. Entre o grupo, verificando-se a presença de empatia e sensibilidade dos profissionais perante as pessoas com doença mental.

No final da sessão foi aplicado o questionário de avaliação diagnóstica final relativamente à temática da sessão e de acordo com os objetivos da mesma, de forma a avaliar os conhecimentos adquiridos.

Sessão nº 2 – Psicoeducação sobre Comunicação Assertiva (Apendice III)

Foi aplicado o questionário de avaliação diagnóstica inicial relativamente à temática da sessão e de acordo com os objetivos da mesma, de forma a avaliar os conhecimentos.

Nesta sessão evidenciou-se a comunicação: o que é, a sua função, os seus elementos, tipos e estilos; a importância da comunicação assertiva e as suas técnicas para treino de assertividade. Esta sessão tem uma importância fulcral, uma vez que a comunicação é

base elementar para o estabelecimento das relações interpessoais, especialmente, das relações terapêuticas.

Esta sessão mostrou-se de grande importância, uma vez que durante os momentos de partilha, houve muitas dúvidas relativamente a esta temática. Dúvidas essas, assentes na atuação perante o contexto do dia a dia. As profissionais referiram que muitas das vezes, se sentem impotentes perante situações de alteração de comportamento, não tendo suporte que atenda as necessidades emocional dos utentes.

Durante esta partilha de experiências vivenciadas, foi importante implementar técnicas de role play de forma a compreender de atitudes menos assertivas em determinadas situações e centrar-nos nas estratégias para a resolução de problemas. Os profissionais, não tendo conhecimentos suficientes sobre a comunicação e encontrando-se grande parte do tempo laboral como único profissional na residência, faz com que muitas das vezes tenham sentimentos de frustração e impotência, traduzindo-se muitas vezes na incapacidade de dar resposta ou de respostas mais desadequadas a determinadas situações. Nestes momentos foi fundamental a intervenção do enfermeiro especialista para o reforço positivo e na procura de respostas reais e estratégias para a melhoria do bem-estar e otimizar as competências e intervenções dos profissionais. Estas partilhas apresentam-se de uma enorme importância, uma vez que o enfermeiro, centra-se no desenvolvimento do conhecimento deste grupo profissional, com o objetivo de prevenir ocorrência de comportamentos mais desafiantes e desta forma melhorar a sua interação com as utentes.

Contudo, sabemos que o programa não tem impacto imediato nas problemáticas, não respondendo a todos os desafios que irão surgir, mas possivelmente irá ter ganhos a longo prazo com impacto nas futuras respostas às situações mais complexas.

No final da sessão foi aplicado o questionário de avaliação diagnóstica final relativamente à temática da sessão e de acordo com os objetivos da mesma, de forma a avaliar os conhecimentos adquiridos.

Sessão nº 3 – Psicoeducação sobre Emoções – Regulação emocional (Apendice IV)

Foi aplicado o questionário de avaliação diagnóstica inicial relativamente à temática da sessão e de acordo com os objetivos da mesma, de forma a avaliar os conhecimentos.

A temática desta sessão é sobre as emoções: o que são; os vários tipos; interpretação das emoções; a dificuldade existente na regulação emocional; as estratégias de regulação emocional, tais como as boas práticas para promover a regulação emocional e atuação em momentos de crise. Também foi considerado importante abordar a capacidade e a necessidade que os profissionais têm de se autorregular, perante situações adversas.

Procurou-se dotar os profissionais de estratégias de como lidar com as exigências emocionais associadas ao contexto em que estão inseridas profissionalmente. Uma vez que prestam cuidados a pessoas com doença mental inseridas numa residência de reabilitação, em que estas se encontram institucionalizadas, encontrando-se muitas vezes privadas da sua própria privacidade. Desta forma, em alturas que existem dificuldades em lidar com o sentir, com as suas emoções e/ou sensações, estas pessoas não padecem de estratégias de regulação emocional, uma vez que não possuem locais que possam recorrer quando se encontram com alterações do comportamento, não havendo também privacidade total, o que se torna uma dificuldade acrescida na regulação emocional.

Com esta sessão, um objetivo primordial foi o consciencializar os profissionais para a necessidade de desenvolver estratégias perante os comportamentos desafiantes que podem ocorrer por diferentes razões, uma vez que, são os profissionais o primeiro elemento a prestar auxílio na regulação emocional e na estabilização clínica.

A componente educativa desta sessão procurou acima de tudo fornecer informação sobre emoções. Uma palavra, com uma dimensão gigante na área da saúde mental com a aplicação do questionário de avaliação diagnóstica constatou-se a falta de conhecimentos sobre esta temática. Assim achou-se pertinente reservar metade do tempo de ação para momentos de partilha. Estes momentos foram essenciais para que os profissionais pensem em situações como estas, se coloquem no lugar do outro e questionem, pois, as Pessoas Assistidas, têm uma maior dificuldade em lidar e em gerir o seu sentir, não dispondo de recursos materiais e de espaço físico que permita o trabalho introspetivo. Desta forma nós, enquanto profissionais, devemos estar em alerta e otimizar as estratégias.

De forma a melhorar a capacidade de resposta foi efetuada em exercício, baseado em casos práticos e reais e tendo em conta a informação fornecida relativamente às boas práticas para promover a regulação emocional e a atuação em momento de crise. Desta

forma e de acordo com a situação descrita no exercício teriam de elaborar a melhor resposta. Foi muito positivo o feedback do grupo, referindo que este tipo de formação é essencial para atuação a nível profissional, com aquisição de novos conhecimentos, assim como aplica los e havendo também a possibilidade de validar os mesmos. Sendo benéfico o refletir sobre as intervenções e com intuito de melhorar a sua resposta.

No final da sessão foi aplicado o questionário de avaliação diagnóstica final relativamente à temática da sessão e de acordo com os objetivos da mesma, de forma a avaliar os conhecimentos adquiridos.

Sessão nº 4 – Psicoeducação sobre Alterações de comportamento (Apendice V)

Foi aplicado o questionário de avaliação diagnóstica inicial relativamente à temática da sessão e de acordo com os objetivos da mesma, de forma a avaliar os conhecimentos.

Relativamente a esta sessão, a temática direcionava-se para as alterações de comportamento, focando no “efeito gatilho” ou os triggers que originam alterações de comportamento e/ou comportamento disruptivos. Foram realizadas dinâmicas de partilha, com questões que proporcione análise reflexiva, onde foi possível identificar possíveis alterações de comportamento; o porquê de as mesmas ocorrerem e como nos sentimos perante estes comportamentos. Podemos considerar ser um tema complexo, mas necessário importante e crucial no contexto em que os profissionais se inserem.

Relativamente a esta temática, inicialmente foi necessário o reconhecimento, com os profissionais, do seu conhecimento da temática apresentada. Desta forma foi importante perceber se têm conhecimento sobre os diferentes tipos de alterações, se os conseguem identificar, o que antecede o chamado efeito gatilho que desenvolve estas alterações comportamentais. Momentaneamente o tema foi dirigido para a agressividade, devido a ser um comportamento mais recorrente e onde os profissionais mostram maior dificuldade em atuar. Posto isto, houve a necessidade de fornecer informações sobre outras alterações de comportamento onde não é observado agressividade, como por exemplo: o isolamento, a insónia e a apatia que é considerada uma alteração de comportamento, se não for o habitual das pessoas. Estas alterações têm um valor imensurável e é necessário

manter a vigilância para perceber a estabilidade da pessoa com doença mental. Fomos ao encontro da problemática inicial para a elaboração deste programa, indo ao encontro de falta de resposta perante situações mais graves, com dificuldades na implantação de estratégias, falta de formação o que proporciona dificuldades em implementar intervenções assertivas.

É importante desmistificar muitas componentes negativas direcionadas a esta temática dando especial atenção aos sentimentos vivenciados pelos profissionais perante situações mais desafiantes e marcantes.

Nos momentos de partilha, como já foi referido foram identificadas três perguntas com objetivo de refletir sobre as situações vivenciadas e de preferência em grupo, de forma a proporcionar um espaço de partilha de sentimentos experiências relacionadas com as dificuldades e situações stressantes sentidas no trabalho, promovendo o diálogo e comparação de perspetivas para que haja também o aumento de coesão no grupo. As intervenções centram-se essencialmente no desenvolvimento de conhecimentos e competências, de forma a prevenir ou reduzir a ocorrência de alteração de comportamento.

O papel do enfermeiro foi muito importante durante esta partilha uma vez que esta temática apresenta muitas emoções e expressão de sentimentos perante situações de maior agressividade. Desmistificar os sentimentos mais negativos, pois o ser agredido, é algo muito perturbador, mas também fornecer ferramentas e estratégias para que haja a percepção de que estes comportamentos mais agressivos advêm de contexto específico, sempre relacionado com a patologia que padece. E que muitas das vezes nada é dirigido aos profissionais, mas são estes o elo mais próximo e o primeiro a lidar com a situação de alteração de comportamento.

É fulcral nesta situação que a interação seja também direcionada na valorização dos profissionais, estes sentirem-se valorizados na sua capacitação de compreender as alterações de comportamento das pessoas e o seu sofrimento. Importante realçar o papel enquanto profissional, da responsabilidade profissional, do respeito e empatia, que têm de estar sempre presente. Salientar também que um profissional ao não conseguir regular-se emocionalmente, poderá estar a promover estes comportamentos disruptivos tornando-se em negligência, pois não potencia a estabilidade clínica da pessoa assistida.

No final da sessão foi aplicado o questionário de avaliação diagnóstica final relativamente à temática da sessão e de acordo com os objetivos da mesma, de forma a avaliar os conhecimentos adquiridos.

Sessão nº 5 – Psicoeducação sobre Cuidador formal – Autonomia Vs Paternalismo (Apendice VI)

Foi aplicado o questionário de avaliação diagnóstica inicial relativamente à temática da sessão e de acordo com os objetivos da mesma, de forma a avaliar os conhecimentos.

Com esta temática pretende-se desenvolver linhas orientadoras que facilitem o cuidador formal a manter o seu papel profissional, conseguindo manter a distanciamento profissional necessário e capacidade de impor os limites, para que haja bem-estar de todos os envolvidos, portanto profissionais como utentes.

Esta temática tem a sua importância, tendo em conta o contexto. Estando este profissional inserido numa residência de reabilitação psicossocial, a tempo inteiro, é constataável que a relação entre profissionais/utentes encaminhe-se para uma linha cada vez mais ténue. Resultante da presença permanente de ambos os elementos acabam por inconscientemente transpor a linha que separa a relação profissional e a relação pessoal.

No momento de partilha foi visível a dificuldade que alguns profissionais já apresentavam em se distanciar e conseguir colocar-se no seu respetivo papel social. Intitulando as utentes como “minhas meninas” e o local de trabalho como “a minha unidade”, potenciando o paternalismo e não promovendo a autonomia das pessoas assistidas. Com esta situação é muito provável que seja exista indiferença do profissional de saúde sobre a vontade da utente, mesmo sendo justificada por “achar” que é o melhor para o seu bem-estar. Indo desta forma contra os objetivos terapêuticos da reabilitação psicossocial, os quais são fomentar a autonomia das pessoas, capacitá-las e não as substituir e acima de tudo não as infantilizar e tratá-las como pessoas adultas.

É importante o trabalho com os profissionais de saúde que exercem as suas funções junto da população com doença mental, acerca dos papéis sociais de cada um e a necessidade de promoção da autonomia, de *Empowerment* e de autodeterminação. Este

ponto é crucial, pois evita o paternalismo e a infantilização das pessoas assistidas, potenciando uma maior responsabilidade de cada um, uma maior estabilidade clínica e o seu processo de reabilitação e de integração na comunidade.

O papel do enfermeiro especialista, tendo em conta as suas intervenções psicoeducativas, disponibiliza-se para atender às necessidades identificadas, fornecer informação adequada, capacitando e fortalecendo o desenvolvimento de estratégias de atuação, para que o profissional ganhe capacidade de definir e compreender o seu papel enquanto cuidador formal - profissional prestador de cuidados.

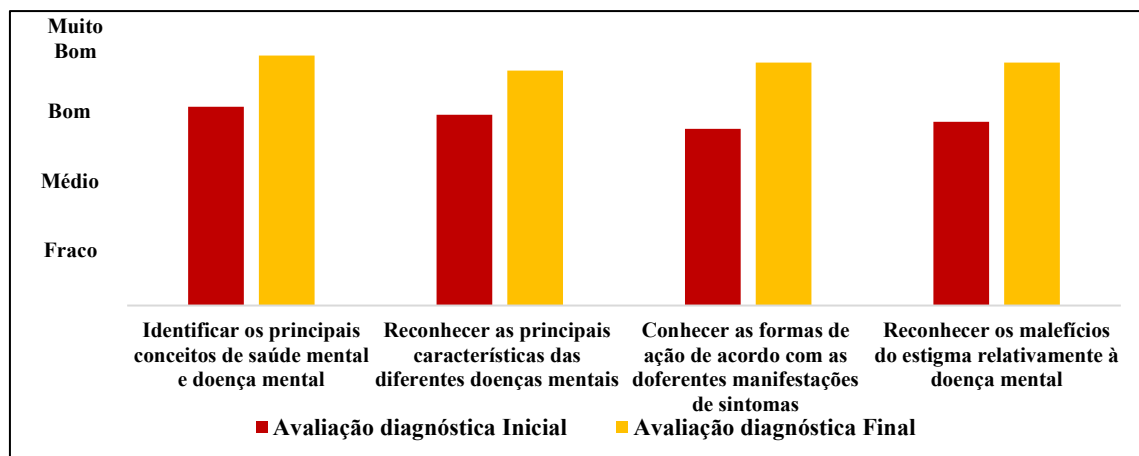
4.5. AVALIAÇÃO DO PROJETO

A avaliação, sendo a última fase da Metodologia de Projeto é caracterizada como um processo dinâmico, deve fornecer os elementos necessários, implica a comparação dos objetivos definidos no início e os atingidos no final, devendo ser de uma forma rigorosa (Nogueira, 2005 citado por Ruivo *et al.*, 2010).

Ao longo da execução do programa de psicoeducação, a avaliação foi realizada em todas as sessões com a aplicação do questionário de avaliação diagnóstica final (anexo II), mantendo as linhas orientadoras do questionário de avaliação diagnóstica inicial (anexo I). O que foi imperativo para a avaliação dos conhecimentos adquiridos com as sessões e desta forma compreender o impacto que se obteve em cada sessão.

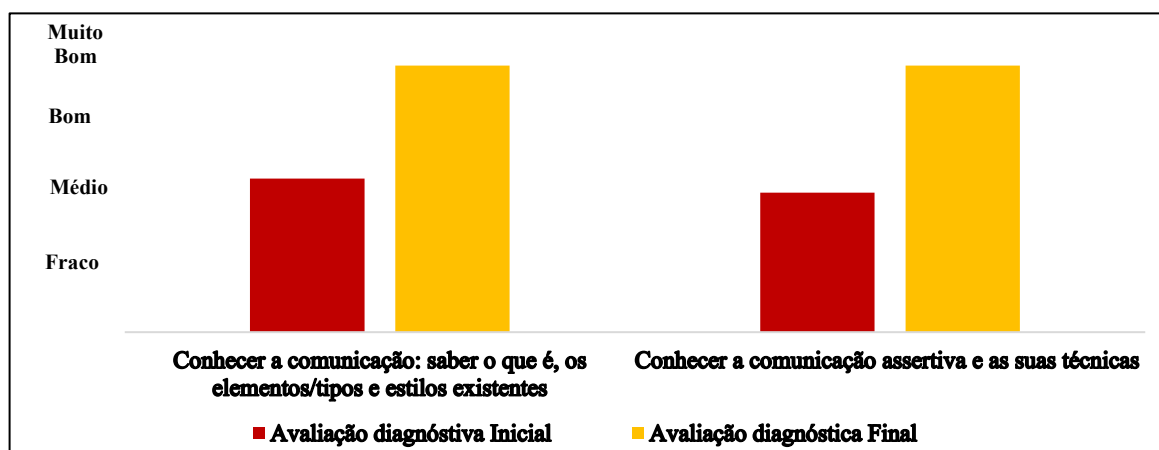
O questionário de avaliação diagnóstica inicial e final apresentam uma escala de avaliação pré definida. Esta avaliação encontra-se descrita em Fraco, Médio, Bom e Muito Bom. Tendo em conta os objetivos da sessão e as competências chave a desenvolver de acordo com a temática da sessão, este foi preenchido no início e no final da sessão, com a finalidade de se autoavaliarem. Desta forma, fez-se o levantamento das respostas dadas pelas participantes, com o intuito de constatar o impacto que as sessões tiveram.

GRÁFICO 1 - Sessão nº 1 – Psicoeducação sobre Introdução à Saúde mental/ Doença mental



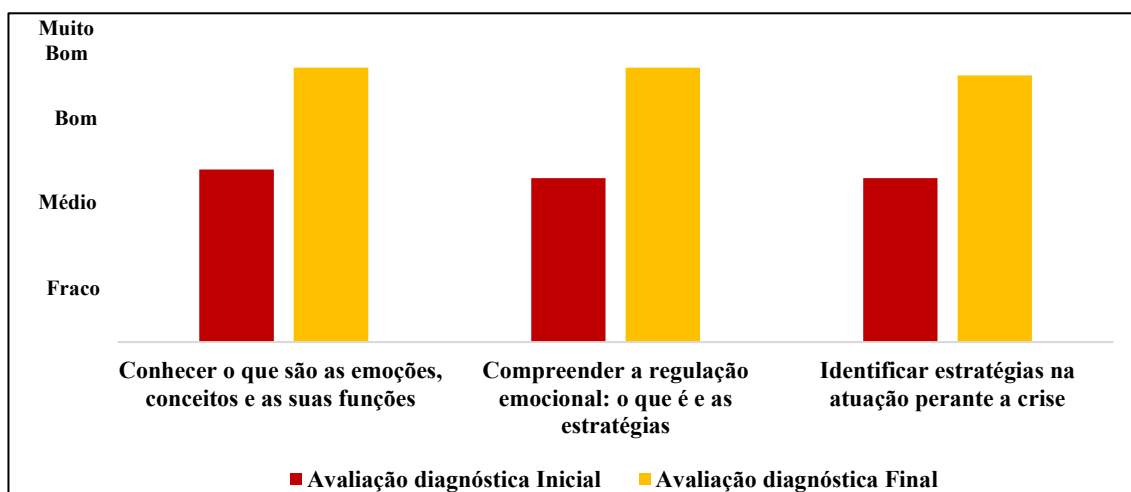
Podemos constatar com a observação do presente gráfico, que houve aquisição de conhecimento relativamente à temática apresentada. Podemos concluir desta forma que a sessão atingiu os objetivos propostos, permitindo o aumento do conhecimento sobre a saúde e doença mental.

GRÁFICO 2 – Sessão nº 2 – Psicoeducação sobre Comunicação Assertiva



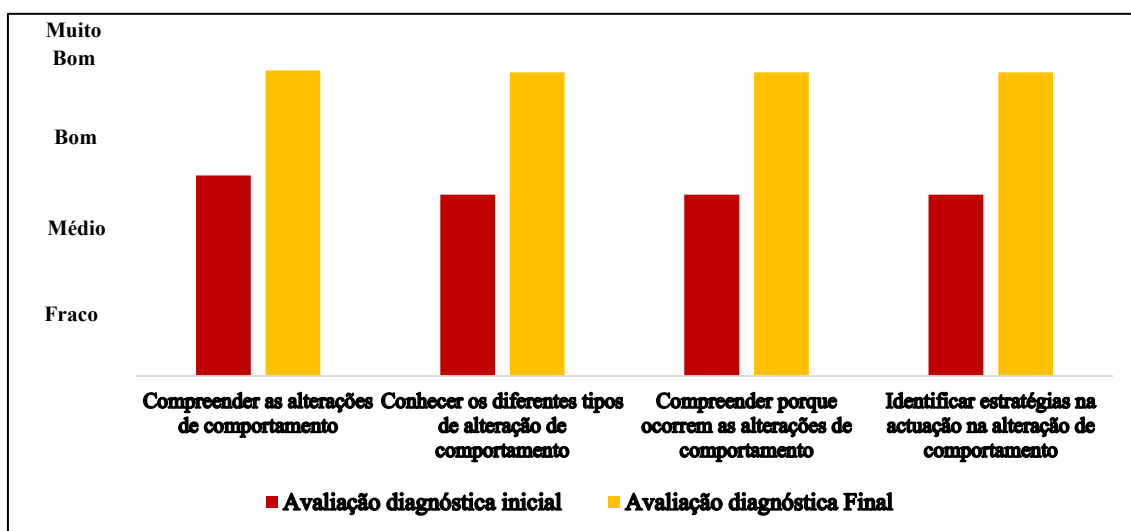
Como a observação do gráfico, verificamos que as intervenções do EEESMP foram eficazes, na medida que a informação transmitida, favoreceu a aquisição de conhecimentos, potenciando a capacitação dos participantes e consequentemente a melhoria das intervenções.

GRÁFICO 3 – Sessão nº 3 – Psicoeducação sobre Emoções – Regulação emocional



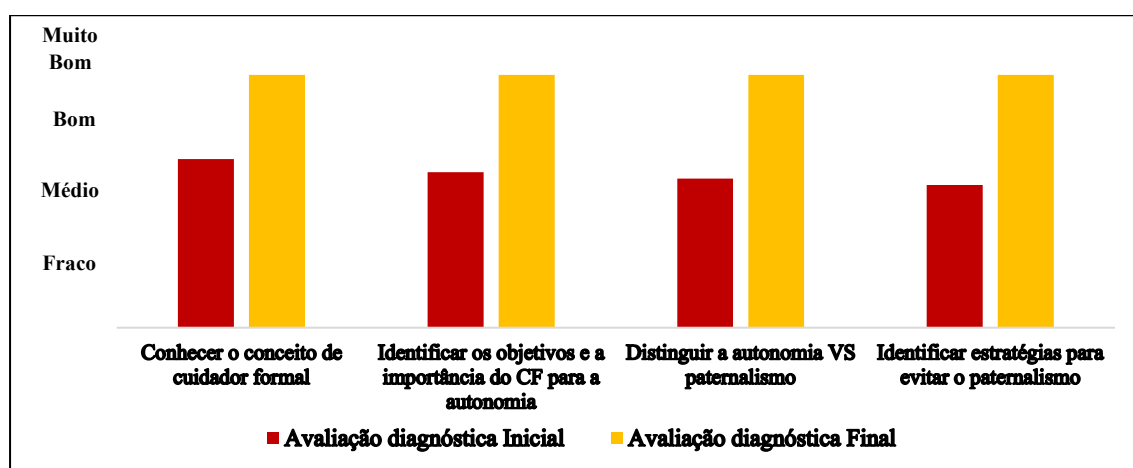
No presente gráfico, os resultados dos questionários encontram-se explanados no mesmo, que confirmam que com a realização da sessão houve ganhos consideráveis, e aquisição de conhecimentos, colmatando desta forma a carência de informação relativamente a esta temática.

GRÁFICO 4 – Sessão nº 4 – Psicoeducação sobre Alterações de comportamento



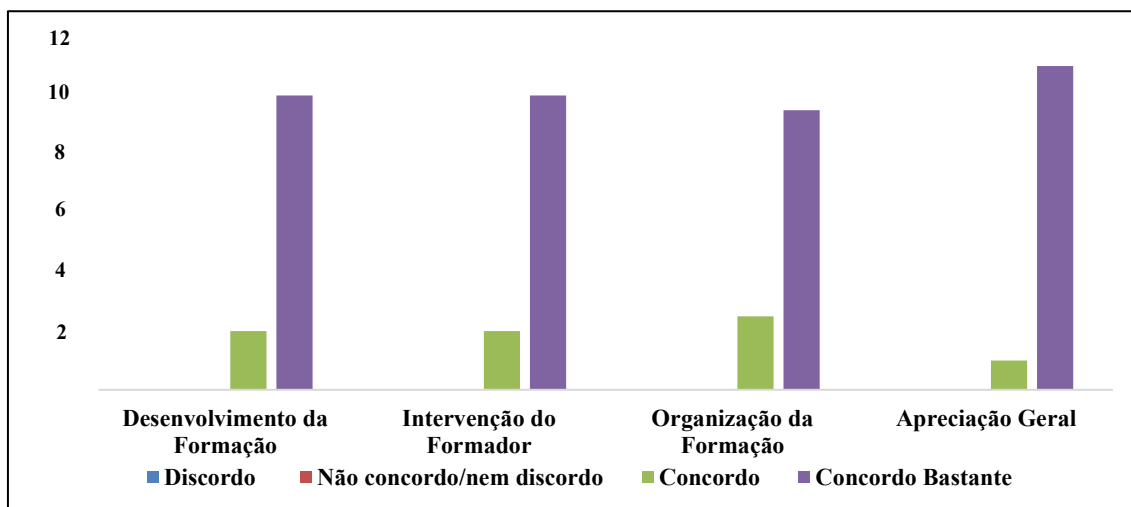
Com base nos resultados observados, é verificável que os objetivos definidos para a sessão foram superados. Podendo-se considerar que apresentação do EEESMP, foi bem desenvolvida, uma vez que se verifica uma diferença significativa entre a avaliação inicial e final.

GRÁFICO 5 – Sessão nº 5 – Psicoeducação sobre Cuidador formal – Autonomia Vs Paternalismo



Os resultados acima observáveis, são bastante promissores, uma vez que a temática, não é muito utilizada, mas percebeu-se ser de uma grande importância no contexto onde estamos inseridos. Assim, a implementação da mesma, teve os seus benefícios, havendo ganhos com a aquisição de novos conhecimentos no desenvolvimento da prática profissional.

GRÁFICO 6 – Avaliação do Formando



O gráfico anterior refere-se à avaliação do formando (Anexo III), tendo como parâmetros de avaliação discordo, não concordo/nem discordo, concordo e concordo bastante relativamente ao nosso programa. Podemos constatar a satisfação dos doze (12) participantes, e de acordo com o seu feedback, esta foi muito positiva.

Os resultados sugerem que a abordagem psicoeducativa respondeu às necessidades detetadas, permitindo atingir os objetivos propostos. Por último encontra-se o gráfico que corresponde aos resultados do questionário de avaliação do formando.

No final de cada sessão também foi essencial o feedback obtido pelos grupos, referindo a importância que cada sessão teve para a melhoria do seu desempenho profissional, uma vez que a partilha disponibilizada em cada sessão foi essencial para colmatar sentimentos de frustração e atenuar dúvidas existentes. Inclusive no decorrer do programa, houve profissionais que referiram ter implementado estratégias adquiridas com a informação retida das sessões, o que proporcionou, que se sentissem, mas competentes na resolução de problemas e mãos capazes de atuar em situações mais desafiadoras.

O principal obstáculo foi a restrição de tempo inerentes às sessões e à disponibilidade dos participantes, de forma a não comprometer o tempo laboral dos cuidadores formais, os quais são os participantes.

O que se conseguiu constatar, foi que as sessões tendem a prolongar-se, principalmente nos momentos de partilha, muito por conta da necessidade dos participantes em

expressar as suas emoções, experiências, inseguranças. Assim, em futuros programas, seria benéfico aumentar o tempo das sessões, sendo efetuado se possível fora do tempo laboral e contando como tempo de formação.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS

Neste capítulo, é esperado uma análise reflexiva relativamente à aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica e por fim, das competências de mestre.

Esta análise decorre no âmbito do estágio, numa perspetiva de refletir sobre as vivências experienciadas, no caminho da melhoria para o desenvolvimento de competências e qualidade dos cuidados em saúde mental e psiquiátrica.

De acordo com o artigo 4º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro – REPE, *“Enfermagem, é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais, em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”* (OE, 2015b, p.99) e o *“Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica técnica e humana para a prestação de cuidados de Enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis de prevenção primária, secundária e terciária”* (OE, 2015b, p.99).

Benner (2001), que estudou a aprendizagem experiencial na prática e enfermagem, enfatiza a experiência profissional e considera que o conhecimento prático é adquirido com o tempo experiencial na sua prática. O autor desenvolveu um modelo de aquisição de competências tendo por base o Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus, identificando cinco (5) níveis de competências na prática clínica de enfermagem; iniciado, avançado, competente, proficiente e perito.

Nível 1 – *o iniciado*, os conhecimentos, normas, princípios com que atua na sua prática são os adquiridos durante o teu percurso de estudante. Não apresenta nenhuma experiência das situações com as quais é confrontado na prática. Apresenta dificuldades

na integração, sem capacidade de estabelecimento de prioridades, cumpre normas de forma a adequar o seu comportamento sendo focado nas regras.

Nível 2 – *o avançado*, apresenta um comportamento considerado aceitável, quando confrontado em situações reais com base nos seus conhecimentos. Utiliza o método de repetição, apresenta ainda dificuldades no estabelecimento de prioridades.

Nível 3 – *o competente*, o qual trabalha no mesmo serviço há mais de 2 anos. Mobiliza as suas intervenções desenvolvendo-as de acordo com os objetivos estabelecidos a médio/longo prazo. Planeia intervenções com consciência para com a situação com que se depara, consegue terminar algumas prioridades. Necessita de desenvolver flexibilidade e a ação na tomada de decisão, que certas situações exigem.

Nível 4 – *o proficiente*, percebe as situações reais e as suas ações são realizadas por máximas. Com a sua experiência adquirida, apresenta capacidade de reconhecer as situações por inteiro tendo perspicácia nessas determinadas situações. No entanto em situações mais complexas ou novas para si, não se encontra apto na sua tomada de decisão nessas mesmas situações complexas.

Nível 5 – *o perito*, detonante de uma enorme experiência, apresenta uma compreensão intuitiva para toda a situação na sua globalidade. É um profissional com elevado nível de adaptação, comportamento flexível, agindo rapidamente e em conformidade com a situação, de acordo com o seu grau de complexidade. A sua postura e ação no acontecimento complexo é regido de forma notável. Sendo reconhecido por outros profissionais e pessoas assistidas.

De acordo com Benner (2001), o enfermeiro especialista deve possuir conhecimentos técnicos, ser capaz de tomar decisões, comunicar eficazmente, ser flexível, responsável e criativo, ter espírito crítico e de iniciativa e ter uma conduta ética e deontológica.

5.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns encontram-se no Regulamento nº 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista publicado no Diário da República, 2ª série – N.º 26 de 6 de fevereiro de 2019 e procura definir um conjunto de competências, as quais são as partilhadas por todos os enfermeiros com especialidade,

independente da área especializada. Estão presentes na capacidade de conceber, gerir e supervisionar os cuidados de enfermagem, tendo suporte na investigação, de formação e assessoria ao exercício das funções especializadas (OE, 2019).

Durante o estágio foi possível trabalhar todas estas competências, focando especialmente no desenvolvimento de novas aprendizagens profissionais, e desta forma estando mais desperto na avaliação das situações, manutenção e melhoria nos cuidados, proporcionando cuidados de enfermagem de excelência. Foi determinante na consolidação de conhecimentos e competências e no desenvolvimento de estratégias essenciais para a prestação de cuidados e na realização e concretização de projetos de intervenção.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, estas são compostas por quatro domínios, nos quais estão definidas nove (9) competências comuns que o enfermeiro especialista deve deter. Englobam-se como domínios e respetivas competências comuns as seguintes:

A) Responsabilidade profissional, ética e legal:

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

A2) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019, p.4745).

A profissão de enfermagem é regida na sua conduta, por dois documentos concretos, nomeadamente o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) e o REPE, onde se encontram as diretrizes imprescindíveis para o agir profissional sob a orientação dos princípios éticos e deontológicos. Podemos identificar os quatro princípios éticos, os quais são:

- Princípio respeito pela autonomia, todos os profissionais têm obrigação de respeitar as pessoas com dignidade, a tomada de decisão de acordo com os seus interesses mesmo quando não se encontra em concordância com os profissionais;

- Princípio da não maleficência, refere-se à obrigatoriedade de não causar dano direto ou indiretamente ao utente;

- Princípio de beneficência, no exercício profissional atuam de forma a beneficiar o utente relativamente à sua saúde e bem-estar. De referir que por vezes se encontra interligado ao princípio da não maleficência, em situações em que há um paralelismo entre os benefícios do tratamento e os riscos que o mesmo acarreta a pessoa;

- Princípio da justiça, o profissional tem a obrigatoriedade de garantir que todas as pessoas são tratadas com os mesmos benefícios de forma justa e respeitar a individualidade da pessoa.

As intervenções desenvolvidas no decorrer do estágio, foram sustentadas numa prática profissional, a qual é desenvolvida tendo como base primordial presente a responsabilidade profissional, a tomada de decisão assente nos valores, princípios éticos, normas deontológicas e respeito pelos direitos humanos.

Esta competência foi fulcral, permitindo-nos atuar sempre com respeito à dignidade e direitos das pessoas. Deparamo-nos com momentos bastante complexos, suportados e fundamentados nos princípios éticos e deontológicos, os quais, vivenciados muitas vezes com ambiguidades de pensamentos e sentimentos. Estas podem resultar em dilemas éticos no momento da tomada de decisão, desta forma, é imprescindível reger a mesma, suportada no exercício profissional, seguro e responsável quanto às questões éticas, deontológicas e respeito pelos direitos humanos. A nossa atuação foi pautada pela garantia da prática de cuidados que respeitem os direitos, a confidencialidade e valorização pela autodeterminação da pessoa cuidada.

Reforçando com Nunes (2014), para além de uma prática profissional e etica, é imprescindível o cuidado ético. Tendo em conta as fragilidades da pessoa que requer cuidado, estando limitada quanto à sua liberdade, com alteração de consciência, incapacidade de pedir auxílio e apresentando a sua autonomia comprometida por diversas e diferentes razões, nestas situações, prestar cuidados requer “... *tanto quanto boas práticas como um agir virtuoso, que procure a alternativa menos restritiva, a abordagem mais capacitadora, assumindo o papel de provedor de cuidados. Entre os riscos da manipula-*

ção, do abuso da autoridade, da substituição e do paternalismo, procuramos a justa medida de um cuidado ajustado à singularidade da pessoa e da situação” (Nunes, 2014 p.14).

B) Melhoria contínua da qualidade:

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

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

B3) *Garante um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019, p.4745).*

O exercício da profissão de enfermagem deve obedecer a uma melhoria contínua no âmbito da qualidade dos cuidados prestados, como é referido no Regulamento 356/2015 – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (OE, 2015a).

A profissão de enfermagem baseia-se num exercício seguro, de qualidade, questões éticas e deontológicas. O enfermeiro especialista deverá ser detentor de maior conhecimento e ferramentas mais eficazes, com maior consolidação das competências. De forma que apresente uma atuação mais consciente, maior capacidade de avaliar a prática clínica, fundamentada numa prática de excelência.

O estágio possibilitou investir na qualidade dos cuidados prestados, estando mais desperto na avaliação das situações, manutenção e melhoria dos cuidados. De forma a proporcionar cuidados de enfermagem de excelência o que permite consolidação de conhecimentos e competências na realização e concretização de projetos de intervenção. Desta forma colaboramos, com a equipa multidisciplinar através das reuniões semanais, realização das consultas de enfermagem estruturadas, reuniões comunitárias semanais, reuniões de enfermagem nas residências, de forma a levantar as necessidades de cada pessoa assistida e potenciar um comportamento proactivo, disponível, eficaz para a resolução de problemas, primando, sempre, pela qualidade e fundamentação das intervenções, garantindo práticas de qualidade continua e um ambiente terapêutico e seguro. No entanto, mantém-se sempre a necessidade de investimento do conhecimento científico, de forma a sustentar as intervenções especializadas de enfermagem.

Interligado com o que foi descrito ao longo do estágio realizou-se um programa de psicoeducação dirigido aos cuidadores formais, grupo profissional constituído pelos AE/ASG, essencial nos cuidados e na melhoria contínua com o objetivo de transmitir e consolidar conhecimentos e competências de forma a proporcionar às residentes cuidados melhorados, concisos e direcionados ao bem-estar e qualidade de vida.

C) Gestão dos cuidados:

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

C2) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019, p.4745).

Neste domínio, primou-se pela integração na equipa multidisciplinar, enquanto aluno da especialidade de saúde mental e psiquiátrica contribuindo para a promoção e continuidade dos cuidados. Foi possível constatar a existência de uma equipa multidisciplinar bem estruturada com bom ambiente de trabalho havendo articulação entre profissionais para a melhoria e manutenção das necessidades das utentes.

No decorrer do estágio, uma das situações com que nos deparamos que demonstra a capacidade de articulação e trabalho em equipa e vai também ao encontro da responsabilidade ética e legal. Uma situação como a recusa de medicação por parte de uma utente que devido aos efeitos secundários que a apresentava e que eram visíveis. Neste contexto, transporta-nos para um dilema na tomada de decisão. Uma vez que nos reportam para o princípio da autonomia e princípio da beneficência, sabendo a importância da medicação, mas também a importância existindo pelo respeito face à vontade e autonomia da pessoa. Articulamos e atuamos em equipa multidisciplinar, com o objetivo de conseguir chegar a uma concordância com a utente relativamente à medicação que estava disposta a tomar, tendo em consideração a sua patologia e necessidade de medicação.

Durante o estágio, tendo em conta o contexto, procurámos sempre mobilizar o conhecimento e experiência na tomada de decisão, integrando a pessoa assistida sempre como prioritário. Devolvendo uma prática profissional empática, harmonizando o bem estar emocional e psicológico, auxiliando a identificar as suas necessidades, fragilidades

e estratégias que colmatem as mesmas e desta forma ter em conta o seu processo reabilitativo.

D) *Desenvolvimento das aprendizagens profissionais:*

D1) *Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;*

D2) *Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica* (OE, 2019, p.4745).

Constatamos que o EEESMP é o instrumento terapêutico para estabelecer a relação terapêutica estabelecida entre enfermeiro e utente, é fulcral para o desempenho da prestação de cuidados de saúde. É fundamental o seu crescimento pessoal, desenvolvimento de autoconhecimento e autoconsciência na melhoria contínua da prática profissional, baseado na evidencia científica. É determinante para a tomada de decisão, no delineamento e planeamento dos cuidados de enfermagem, visando a promoção, manutenção e reabilitação da saúde mental.

Durante o estágio, as reflexões realizadas para e com a enfermeira orientadora foram fundamentais para o desenvolvimento desta competência uma vez que permitiu refletir sobre a nossa prática avaliá-la e contribuindo para a otimização das respostas, valorizando e pensando sobre sentimentos e emoções durante o percurso, o que facilitou a promoção do processo de autoconhecimento, proporcionand-nos uma maior compreensão no que se refere ao papel multifacetado do EEESMP nos diversos contextos.

5.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

O Regulamento nº 515/2018 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica encontram-se publicadas no Diário da República, 2ª série – N.º 151 de 7 de agosto de 2018, refere que o enfermeiro especialista é aquele que detém um conhecimento aprofundado em uma área específica de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que mostram níveis elevados de apreciação clínica e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a uma área de intervenção.

Segundo o preâmbulo do Regulamento nº 515/2018, *“a enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadequadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental”* (OE, 2018, p. 21427).

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, através das suas competências, mobiliza-se como instrumento terapêutico, desenvolve conhecimentos e capacidades no âmbito terapêutico, desenvolvendo uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção de saúde mental, como também na prevenção da doença mental.

“... a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica foca -se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental. ... são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao enfermeiro EESMP desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade” (OE; 2018, p. 21427).

“(...) os cuidados de enfermagem, estes têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (OE, 2018, p.21427).

De acordo com o Regulamento n.º 356/2015,

“A enfermagem de saúde mental, sustentada na evidência científica e apoiada nas teorias de enfermagem, psicológicas, psicossociais e neurobiológicas, persegue os mais elevados padrões de qualidade no cuidar. A abordagem holística, suportada na relação de ajuda, tem em conta as necessidades e as capacidades dos indivíduos, famílias e comunidades.” (OE, 2015a, pág. 17034).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros o EEESMP, além das competências gerais possui ainda competências específicas de acordo com o Artigo 4º do Regulamento nº 515/2018, que são as seguintes:

“a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;

b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;

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

d) Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (OE, 2018, p. 21427).

Seguidamente iremos proceder à análise reflexiva sobre o estágio e o seu contributo para o desenvolvimento das quatro 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.

Descritivo: *“A Capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, mediante a vivência de técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas é central para a prática de enfermagem de saúde mental, visto que ao interferir na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas condiciona os resultados esperados” (OE, 2018, p. 21428).*

É fundamental que o EEESMP detenha uma capacidade de autoconhecimento, autoconsciência elevada e esteja disponível para o seu desenvolvimento, tanto enquanto pessoa e enquanto profissional. Conseguindo determinar pensamentos, sentimentos e emoções independentemente de serem positivas ou negativas, as quais, de certa forma

possam interferir na relação terapêutica, limitando a intervenção, impossibilitando o estabelecimento da verdadeira relação terapêutica e consequentemente limitar também as intervenções.

Todas estas interação pressupõe um grande empenho por parte do enfermeiro já que *“é essencial que tenha elevado conhecimento e consciência de si-mesmo, com a finalidade de discernir o mais distintamente possível o que é que esta relação suscita em si, de que maneiras as suas características pessoais influenciam a qualidade da relação e que utilização pode fazer de si-mesmo, para fins terapêuticos”* (Chalifour, 2008, p.23).

No decorrer desta etapa, houve UC que foram cruciais para o desenvolvimento do autoconhecimento. Permitindo a reflexão pessoal sobre lacunas existentes que muitas delas eram desconhecidas, tornando por vezes perturbadoras no sentido de estarem no inconsciente e ter de refletir sobre as mesmas. A indução de sentimentos e emoções transporta-nos para fora da nossa zona de conforto, deparando-nos na confrontação e consciencialização do Eu, por essa razão foi imprescindível para continuarmos esta jornada. Tivemos de nos permitir vivenciar determinadas situações, identificar vulnerabilidades pessoais, conhecimento de limites e autocontrole. É ainda necessário demonstrar disponibilidade e compreensão com a necessidade de mudança, conseguir compreender a importância deste autoconhecimento para o estabelecimento da relação de ajuda (RA) de uma forma autêntica e genuína, pois, potencia o entendimento de determinadas situações que nos altera a nível emocional e cuja contratransferência nos influencia na forma como agimos, assim facilitando a compreensão das emoções. No entanto, todo este processo é determinante e essencial, na medida em que proporciona aprendizagem, capacitação e acima de tudo crescimento pessoal.

Roger, (1985), tem como base, os princípios que cada pessoa apresenta de se autorregular ao nível das suas potencialidades e possibilidades e reorganizar a sua personalidade e a relação com a sua vida, com o intuito de crescer e se desenvolver pessoalmente, para aumentar a capacidade de lidar com os desafios inerentes à vida. Este crescimento, refere-se à evolução em direção da autoestima, flexibilidade, respeito por si e pelos outros.

A relação de ajuda, é um elemento fulcral na profissão de enfermagem, sendo a chave mestra, em que o enfermeiro se mobiliza como instrumento terapêutico. Em forma de conclusão, na saúde mental, é impossível o enfermeiro não iniciar e manter uma relação terapêutica, pois está intrínseco à profissão e à especialidade.

Chalifour (2008, p.33), define relação de ajuda, como *“uma interacção particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda. Para tal o interveniente adopta um modo de estar e de fazer, e comunica-o de forma verbal e não verbal em função dos objetivos a alcançar. Os objetivos estão ligados ao pedido do cliente e à compreensão que profissional tem dessa dificuldade”*.

Foi elementar as partilhas quase diárias que a enfermeira orientadora nos disponibilizou. Havendo oportunidade de refletir sobre a prática, promovendo momentos de role play sobre o percurso decorrido. Em determinada altura houve a necessidade de refletir sobre o papel que estávamos a desempenhar. Essencialmente sentimos, que todos os anos de prática profissional pareciam estar a anular-se, por vezes apareciam sentimentos de não saber como agir, parecendo que a autenticidade estava comprometida e consequentemente deu origem a alguma insegurança. Assim, houve necessidade de investir, trabalhar o autoconhecimento de forma a mobilizar estratégias, compreender e ultrapassar as dificuldades.

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

Descritivo: *“Recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, incluindo a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental. O processo de avaliação exige a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos, avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes”* (OE, 2018, p. 21428).

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.*

Descritivo: *“Sistematização, análise dos dados, determinação do diagnóstico de saúde mental, identificação dos resultados esperados, planeamento, desenvolvimento e negociação do plano de cuidados com o cliente e a equipa de saúde. Prescrição dos cuidados a prestar baseadas na evidência, de forma a promover e proteger a saúde mental, prevenir a perturbação mental, minimizar o desenvolvimento de complicações, promover a funcionalidade e a qualidade de vida do indivíduo, tomando em consideração o ciclo vital e centrando a atenção nas respostas do cliente a problemas de saúde, reais ou potenciais. O processo de diagnóstico exige integração e interpretação dos diversos dados, diagnóstico diferencial, bem como pensamento crítico. Utilização da gestão de caso para coordenar cuidados de saúde e para assegurar a continuidade de cuidados, integrando as necessidades dos clientes e equipas, otimizando os resultados existentes. O método de gestão de caso inclui atividades como: organização, avaliação, negociação, coordenação e integração de serviços e benefícios para o cliente” (OE, 2018, p. 21428).*

Relativamente a estas duas competências, é expetável que o EEESMP seja detetor de capacidades comunicacionais, um conhecimento elevado e compreensão relativamente à saúde mental. Este deve ainda ser promotor de benéficos para a doença mental através da implementação de intervenções estruturadas de acordo com os diversos contextos.

Durante esta etapa e com as unidades curriculares houve inúmeras oportunidades para o desenvolvimento das competências, através da aquisição de conhecimentos e aprofundamento de aprendizagens. Desta forma, no estágio houve possibilidade de colocá-las em prática, podendo participar no processo de reabilitativo da pessoa, na promoção e recuperação da qualidade de vida. Tendo em conta o contexto onde o estágio estava inserido, existe a realização sistemática de consultas de enfermagem, as quais são primordiais no estabelecimento de relação terapêutica baseadas na confiança, empatia, escuta ativa, tendo base atenção à comunicação terapêutica de forma a ajudar na identificação das necessidades, compreender a existência de possíveis alterações de comportamento e assim direccionar da melhor forma as intervenções terapêuticas.

De acordo com Lopes (2018), a relação enfermeiro – doente é considerada o núcleo dos cuidados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Não é possível prestar

cuidados de enfermagem senão no contexto de uma relação, trabalhando as aprendizagens, as técnicas de comunicação e favorecer o ambiente de forma a atingir os objetivos terapêuticos. É imperativo a consciência da sua importância em todos os momentos e exige competências para estabelecer esta relação.

Para a prestação de cuidados de enfermagem, é fundamental a comunicação, sendo que esta, não é apenas falar e/ou permanecer em diálogo. De acordo com Phaneuf (2005) a comunicação é uma ferramenta de base para a instauração da relação de ajuda, importante nos cuidados de enfermagem. Esta relação não se pode desenvolver sem a partilha de experiências entre enfermeiro e pessoa cuidada, o que transporta grande importância para o conhecimento dos princípios da comunicação. A este respeito a comunicação constitui a principal ferramenta terapêutica de que dispõe a enfermeira uma vez que ela lhe permite através do respeito e compreensão com o outro, validando a sua individualidade enquanto pessoa, possibilitando conhecer a personalidade, a história pessoal e familiar, motivar para a recuperação e introdução no processo de doença.

“A comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela” (Phaneuf, 2005, p.23).

Referindo o mesmo ideal, Sequeira & Sampaio (2020) refere que *“é através da comunicação que se toma consciência do estado de saúde, se processa a tomada de decisão e se promove uma gestão adequada de um determinado regime terapêutico, muitas vezes complexo”* (Sequeira & Sampaio (2020, p.73).

Assim de acordo com Coelho & Sequeira (2014) citando Bertone *et al.*, (2007), a comunicação em saúde tem de ser terapêutica, uma vez que esta referência o cuidado, proporcionando tranquilidade, autoconfiança, individualidade, ética, compreensão, respeito e empatia pela pessoa cuidada. Referindo o autor, os profissionais de saúde utilizam

um conjunto de técnicas/competências, ajudando as pessoas na resolução de problemas, na relação com o próprio e com os outros e também na adaptação à sua condição de saúde.

No decorrer do estágio, verificamos uma evolução enquanto pessoa e profissional, constatando-se o estabelecimento de uma relação mais consistente e profunda, com continuidade de intervenções na prestação de cuidados.

Neste sentido, procurou-se realizar o cuidado através da comunicação de uma forma empática, tranquila e compreensiva. Acreditamos que os ganhos são maiores quando existe disponibilidade e é demonstrada atenção à pessoa durante a prestação de cuidados, independentemente de maior ou menor afinidade/empatia. Ao iniciar uma relação a presença e a disponibilidade deve ser total, de forma a aceitar e delinear intervenções com qualidade, sem imposições e interrupções. Uma vez que o objetivo é estabelecer uma relação com a pessoa assistida esta ser o centro e razão para as intervenções.

Concluindo, a comunicação é essencial para a transmissão de informação, independentemente dos meios verbais ou não verbais utilizados. Esta deve, ainda, ser clara, objetiva e conduzida de uma forma empática e cuidada.

No sentido de estimular esta relação realizam-se consultas de enfermagem. Estas permitem uma personalização de cuidados e fortalecem a relação terapêutica estabelecida entre os participantes (enfermeiro EESMP e pessoa assistida). No entanto, só é possível obter uma ligação prospera se for proporcionado um ambiente seguro e contentor, mantendo o respeito pelos direitos e pela confidencialidade da pessoa assistida. Sem este tipo de relação estabelecida torna-se de extremamente difícil obter resultados das intervenções realizadas na consulta.

Estas intervenções consistem na avaliação do estado mental, promoção do *insight* e do *empowerment*, identificação de necessidades, observação de comportamentos (tendo em conta o habitual para o utente), alterações de humor e do padrão de sono, atuação no autocuidado e gestão do regime terapêutico (adesão). É ainda possível fazer-se o levantamento de diagnósticos (claros e objetivos) e também a realização de planos de cuidados. Estes planos, no local do ensaio clínico, são denominados de Plano de Individual Intervenção (PII), cujo objetivo é definir e estruturar os cuidados prestados pelos diversos membros da equipa multidisciplinar e pelo próprio utente, tendo sempre em consideração as suas capacidades e potencialidades.

Nestas consultas, além das intervenções acima mencionadas, realiza-se também a escuta ativa, apresentando ser de extrema importância ouvir apenas o utente sem que este receba ajuda não solicitada, uma vez que por vezes só quer libertar alguma carga emocional.

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.*

Descritivo: “A implementação das intervenções identificadas no plano de cuidados de modo a ajudar o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ou a adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida mobiliza cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêutico, psicossociais e psicoeducacionais. O tratamento para recuperar a saúde mental, a reabilitação psicossocial, a educação e o treino em saúde mental tem como finalidade ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere. Envolve as capacidades do enfermeiro para interpretar e individualizar estratégias através de atividades tais como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar” (OE, 2018, p. 21430).

No âmbito do Estágio Final foi elaborado um programa psicoeducativo, relativamente à saúde/doença mental e os seus elementos, destinado aos cuidadores formais das residências de reabilitação psicossocial. Desta forma as intervenções psicoeducativa foram bastante desenvolvidas ao longo do estágio.

Reconhecemos a necessidade de investimento nesta área, assim, debruçou-se sobre estas competências, uma vez que era algo que durante a vida profissional não tinha sido muito investida, permitindo a elaboração estruturada do programa psicoeducativo, que traduza as intervenções específicas do EEESMP.

Conjugando com o contexto onde estávamos inseridos no estágio e de acordo com as necessidades encontradas tornou-se imprescindível o nosso investimento. Para tal, foi necessário delinear estratégias e intervenções direcionadas aos objetivos, os quais foram dotar os cuidadores formais de maior conhecimento e estratégias, melhorando a sua

atuação e consequentemente a qualidade de vida das utentes. Neste programa desenvolveu-se temáticas essenciais para a prestação de cuidados e assim promover a sua melhoria.

Sendo visível o impacto positivo do programa psicoeducativo no capítulo da metodologia de projeto, podemos também concluir que o investimento, a investigação e elaboração das intervenções elaboradas para o programa, foram ao encontro dos objetivos. Este programa revelou-se de grande importância, uma vez que elucida a visão sobre a doença mental, promove o conhecimento, potencia a atuação mais assertiva. Alterando pensamentos e metodologias de trabalho, direcionados para a melhoria dos cuidados.

Assim sendo com a elaboração deste programa, vai ao encontro das unidades de competências descritas, referente a “*coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental*” (OE, 2018, 21430).

No que concerne à reabilitação psicossocial atuamos de forma promover a autonomia e funcionalidade das pessoas no contexto onde estão inseridas. Com as características de funcionamento das residências, estas estão organizadas com tarefas semanais, as quais são realizadas pelas pessoas residentes, colaborando assim para o funcionamento da residência. Mantendo estas atividades capacita-se a pessoa, promove-se a sua autonomia e o *empowerment*.

É de relevar, que viver em comunidade numa instituição, tem as suas restrições a nível individual, uma vez que não existe total privacidade, não havendo zonas isoladas onde possam estar sós, existências de horários estipulados para as atividades diárias, independentemente da vontade própria. O que promove o aumento de conflitos, resultando em alterações de comportamento, que por consequência, destabiliza a funcionalidade da residência e também das residentes.

De forma a colmatar estas adversidades estão implementadas diversas atividades terapêuticas, onde se inclui a reunião comunitária de enfermagem com caráter semanal na residência. Têm um papel de grande relevância, permitindo por um lado, disponibilizar espaço, para que as utentes expressem o que de positivo e menos positivo aconteceu na semana, como decorreu o funcionamento das tarefas, se houve intercorrências, como se encontram as relações entre pares, assim como alterações de comportamento e

emocionais. Por outro lado, possibilita ao EESMP observar as dinâmicas de grupo, avaliar comportamentos e a necessidade de intervenção mais especializada.

5.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

De modo a analisar as competências necessárias para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, analisaremos o Decreto de Lei n.º 65/2018, de 16 agosto, Artigo 15.º - Grau de Mestre, ponto 1 e os objetivos de aprendizagem do Regulamento do Funcionamento do Mestrado de Enfermagem em Associação. Assim, o Grau de Mestre é conferido aos que demonstrem:

“a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

- i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;*
- ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;*

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Dec. Lei nº 65/2018).

Relativamente a primeira competência, esta remete-nos para o primeiro ciclo de formação, é licenciatura, onde adquirimos os primeiros conhecimentos da profissão de enfermagem. Ao longo desta etapa de licenciatura existia, também, uma aprendizagem aprofundada e desenvolvida com os estágios descritos no programa curricular, o que nos proporcionou o aperfeiçoamento dos conhecimentos a nível prático.

Ao longo da vida profissional, houve uma constante necessidade do investimento profissional, com objetivo de adquirir cada vez mais saberes de forma a haver melhoria contínua na prática profissional e maior aptidão nas intervenções. Desta forma, a participação em diversos encontros científicos de formações, conferências com objetivo de melhorar e consolidar conhecimentos, foi crucial no investimento e na atualização das boas práticas da profissão, sendo a Enfermagem uma área em constante inovação.

O percurso académico iniciado em setembro de 2022, ingressando no 7º curso de mestrado, foi basilar para desenvolver as competências acima descritas em simultâneo com a aquisição das competências comuns e específicas em saúde mental e psiquiátrica.

De forma a sustentar todo este percurso, houve o contributo das unidades curriculares, que se mostraram para nós de grande importância. No que se refere à UC investigação em enfermagem, esta foi elementar para aquisição de conhecimentos sobre a área da investigação, uma vez que não tinha sido uma área com investimento pessoal. Com a metodologia de investigação, foi possível compreender a relevância da investigação para o desenvolvimento do conhecimento baseado na evidência científica, debruçarmos sobre as bases de dados científicos e relembrar todas as etapas do processo de investigação, foi de um contributo elementar para a realização do nosso projeto de investigação. As unidades curriculares de Desenvolvimento Pessoal em Saúde Mental e Relação de Ajuda em Saúde Mental, foram de uma ajuda extraordinária, proporcionando um desenvolvimento pessoal, autoconsciência, um trabalho interno absolutamente transformador, refletindo-se na prática profissional.

A realização do nosso projeto de investigação revelou-se imprescindível para a nossa realização pessoal e profissional. Para o efeito, houve necessidade de um grande investimento em pesquisa sobre variadas temáticas, sendo necessário para o desenvolvimento de novos conhecimentos, competências e melhoria de outras, de forma a direcionar as nossas intervenções, assim como a qualidade e os cuidados diferenciados do EESMP.

De forma reflexiva, depreendemos que este percurso decorreu dentro dos parâmetros ditos normais. Efetivamente excederam as expectativas, uma vez que, as experiências vivenciadas a sabedoria retirada, foram essenciais para a nossa reestruturação pessoal e profissional. A consolidação das competências permitiu o desenvolvimento do nosso pen-

samento crítico, alterou a nossa visão perante a mudança e a sua necessidade, a mobilização da capacidade de transformação das intervenções, contribuindo assim para a melhoria contínua.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste relatório, conseguimos dissertar todo o percurso realizado ao longo do Estágio Final. Para tal, foi de uma extrema relevância a reflexão crítica sobre o nosso desenvolvimento pessoal e aquisição de competências, através das intervenções desenvolvidas no contexto onde decorreu o estágio decorreu e assim sustentar o desempenho enquanto futuro EESMP e Mestre em Enfermagem.

Na atualidade podemos constatar uma alteração no foco da Saúde Mental. Verificando-se uma abordagem mais comunitária com a desinstitucionalização da pessoa com doença mental. E por consequência enfatiza-se a importância da reabilitação psicossocial na promoção da autonomia e treino de habilidades da pessoa com doença mental, com necessidade de intervenções especializadas e estruturadas.

Debruçámo-nos sobre as intervenções psicoeducativas direcionadas aos cuidadores formais, sendo o grupo profissional de ajudantes de enfermagem/auxiliares serviços gerais (AE/ASG), pelo seu papel fundamental que representam no nosso contexto estágio, mas também pela necessidade de formação, principalmente na área da saúde mental e psiquiatria, com o objetivo de capacitá-los e apoiá-los na sua prática profissional.

Com a pesquisa bibliográfica efetuada, atualizámos e melhorámos o nosso conhecimento sobre as variadas temáticas e modelo teórico. Consideramos que o enquadramento conceptual, aborda temáticas fulcrais para o desenvolvimento deste relatório. Tendo em conta, os nossos objetivos delineados, elaborámos um programa psicoeducativo, evidenciado no capítulo da metodologia de projeto, onde foram delineadas as diversas etapas, de forma a dar resposta à problemática identificada, tendo em conta as necessidades específicas do contexto do estágio.

Ao longo deste percurso, foi primordial o nosso desenvolvimento pessoal, autoconsciência, capacidade de autoregulação, compreensão quanto às nossas capacidades enquanto pessoa e profissional. Com o propósito, de proporcionar cuidados de Enfermagem de excelência, mobilizando-nos como instrumento terapêutico, no estabelecimento da relação terapêutica, com intervenções direcionadas e especializadas, de modo que as utentes possam trabalhar a sua autonomia, funcionalidade e atingir a sua potencialidade. Todas as intervenções mencionadas vão ao encontro da teoria das relações interpessoais

de Hildegard Peplau, visto que esta é a teoria que fundamentou este relatório, estando direcionada para o estabelecimento da relação enfermeiro-pessoa.

Com este caminho, foi-nos permitido conhecer o trabalho realizado nas residências e articular com a equipa multidisciplinar no âmbito da reabilitação psicossocial, no sentido de compreender as dinâmicas entre a equipa e da mesma com as utentes.

Em síntese, este estágio e a equipa que nos acolheu permitiu uma melhoria contínua e ganhos significativos, entre os quais uma melhoria evidente na compreensão dos diagnósticos, nas alterações de comportamento, no estilo de comunicação, na regulação de emoções, respeito e empatia pela pessoa, sem que esta seja confundida com o paternalismo, focando sempre a importância da relação terapêutica no cuidado do outro, seguindo sempre os princípios éticos e deontológicos da profissão.

Não podemos deixar de referir as dificuldades encontradas no decorrer desta etapa. Surgiram tanto dificuldades profissionais como pessoais, sendo necessário um grande investimento pessoal. A resiliência, o empenho e dedicação foram basilares para esta caminhada, o que de certa forma, também nos proporcionou o desenvolvimento de estratégias para o nosso crescimento. Ainda assim, terminamos com um sentimento de dever cumprido e um sentimento gratificante perante o caminho percorrido.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Almeida, V. d., Lopes, M. V., & Damasceno, M. M. (2005). Teoria das Relações Interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 202-210.
- ✓ Assembleia da República (1998). “Lei n.º 36/98”. *Diário da República 1ª série-A*, 169 (julho): 3544-3550. <https://data.dre.pt/eli/lei/36/1998/07/24/p/dre/pt/html>.
- ✓ Barbosa, A., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A., & Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demência em instituições: Competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 12(1), 119-129.
- ✓ Batista, N. (2012). Dificuldades do cuidador formal de pessoas idosas dependentes no domicílio. Dissertação de mestrado em Enfermagem Comunitária, Universidade de Coimbra. Retrieved June, 22, 2017, from <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>.
- ✓ Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática divina de Enfermagem*. Edição original. Coimbra: Quarteto editora. ISBN:972-9535-97-X.
- ✓ Borah, A. (2019, maio). Psychoeducation for mental illness: a review analysis. *International Journal of Advanced Research*, 7(5), 193-197. doi:10.21474/IJAR01/9021.
- ✓ Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica Os Fundamentos - Existencial Humanistas da Relação de Ajuda* (Lusodidacta Ed. Vol. Volume 1). Lisboa: Lusodidacta.

- ✓ Coelho, Maria T. V.; Sequeira, Carlos 2014. "Comunicação terapêutica em enfermagem: como a caracterizam os enfermeiros", Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 11: 31 - 38.
- ✓ Comissão das Comunidades Europeias (2005). LIVRO VERDE: Melhorar a saúde mental da população, rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia. Bruxelas. [Livro verde.pdf](#).
- ✓ Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental . (2017). *Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020*.
- ✓ Cordo, M. (2003). Reabilitação de Pessoas com Doença Mental, Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-075-8.
- ✓ Cordo, M. (2013). Reabilitação de pessoas com doença mental. Das famílias para a instituição, da instituição para a família. Lisboa: Climepsi.
- ✓ Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de agosto. Diário da República, 1ª série nº 157. Artigo 15º. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/116068879>.
- ✓ Fazenda, I. (2008). O puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania. Lisboa: Climepsi.
- ✓ Fazenda, I. (2009). Novos desenvolvimentos em saúde mental e comunitária. Psi-logos, 7, 111-119. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/psilogos/article/view/4015/3011>.
- ✓ Franzoi, M., Lemos, K., Jesus, C., Pinho, D., Kamada, I. & Reis, P. (2016). Teoria das relações interpessoais de Peplau: Uma avaliação baseada nos critérios de Fawcett. Revista de Enfermagem UFPE On-line. DOI:10.5205/reuol.9681-89824-1- ED.1004sup201617.

- ✓ Instituto da Segurança Social, I.P. (2014). Guia Prático – Apoios Sociais – Pessoas com Doenças do Foro Mental ou Psiquiátrico. Consultado em 4 de abril de 2024 através de [d3cdf8e3-8fcd-41ec-8de3-33bf597e2e15 \(seg-social.pt\)](https://seg-social.pt/d3cdf8e3-8fcd-41ec-8de3-33bf597e2e15).
- ✓ Lopes, M. J. (2018). Forming and Maintaining Interpersonal . *European Psychiatric/Mental Health Nursing* . Springer International Publishing Switzerland.
- ✓ Manuel, S., Gonçalves, G., Braz, N. & Sousa, C. (2020). O desenvolvimento de competências dos cuidadores formais: O caso das instituições de apoio a idosos na região do Algarve. In A. Anica & C. de Sousa (Eds.), *Envelhecimento ativo e educação (II)* (pp. 87-100). Faro: Universidade do Algarve. ISBN: 978-989-9023-15-4.
- ✓ Martins, D. O., Rodrigues, S. G., Pinho, M., & Pereira, E. G. (2022). Doença Somática nas Pessoas com Doença Mental Grave. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e de Saúde Mental*, 8(3), 105-113. doi: <https://doi.org/10.51338/rppsm.375>.
- ✓ Martins, M., Machado, A., Gouveia, M., Carvalho, P. & Renca, P. (2021). Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave. Ordem dos Enfermeiros.
- ✓ Ministério da Saúde (2010). “Decreto-Lei n.º 8/2010”. *Diário da República*, 1ª série, 19 (janeiro): 257-263. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/8-2010-616776>.
- ✓ Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde & Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 – Resumo executivo*. Lisboa, Portugal: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- ✓ Nunes, L. (2014). Encontro 2014 do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental: Da publicação às compreensões. Setúbal [EESMP_Responsabilidade profissional ética e legal LN.pdf \(rcaap.pt\)](#).

- ✓ Observatório Nacional Luta Contra a Pobreza. (2021). *A Saúde Mental em Portugal: um breve retrato epidemiológico e social*. Porto.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2015a). Regulamento n.º 356/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário Da República, 2.ª Série – N.º 122 - 25 junho de 2015, 17034–17041. [Regulamento 356 2015 PadroesQualidadeCuidadosEspEnfSaudeMental.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#).
- ✓ Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros: [nEstatuto REPE 29102015 VF site.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#).
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 515/2018, Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário Da República, 2ª Série – N.º 151, 21427-21430. [2142721430.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#).
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário Da República, 2ª Série, n.º 26, 4744–4750. [0474404750.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#).
- ✓ Organização Mundial da Saúde (2001). Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: Nova concepção, nova esperança. Genebra. Climepsi editores. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/WHO_2001_por.pdf;jsessionid=1A41B22E954F03C71B23AB49203A79A5?sequence=4.
- ✓ Peplau. H. E. (1990) Relaciones Interpersonales en Enfermeria. Barcelona: Salvat Editores, S.A.
- ✓ Pereira, R. J. (2014). A relação entre a formação e os níveis de stress, ansiedade e depressão em cuidadores formais de Centros Sociais. Braga: Universidade Católica Portuguesa.

- ✓ Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.
- ✓ Pinho, L., & Pereira, A. (2015). Intervenção familiar na esquizofrenia: Redução da sobrecarga e emoção expressa. Portuguese Journal of Mental Health Nursing, 14. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0101>.
- ✓ Rodrigues, J. d. (2015). Qualidades de Vida, Sobrecarga, Burnout e Estratégias de Confronto em Cuidadores Formais de Pessoas com Experiência de Doença Mental que Vivem em Residências Comunitárias. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- ✓ Rogers, C. R. (1985). Tornar-se Pessoa. 7ª Edição. Lisboa. Moraes Editores.
- ✓ Ruivo, M., Ferrito, C., Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. Revista Percursos 15, 1-37. Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.
- ✓ Sampaio, F. M. C. (2011) A psicoeducação e a sobrecarga dos cuidadores informais do idoso com demência: análise baseada na evidência. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 5, 30-36.
- ✓ Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental Diagnósticos e Intervenções. Lisboa: LIDEL.
- ✓ Sequeira, C. (2010). Cuidar de Idosos com dependência física e mental. Lisboa: Lidel.
- ✓ Tomey, A.; Alligood, M. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5.ª ed., Loures: Lusociência.
- ✓ World mental health . (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. Geneva.

APÊNDICES

APÊNDICES I

Cronograma de Gant

Programa Psicoeducativo para os Cuidadores Formais de Residências de Reabilitação Psicossocial de Pessoas com Doença Mental Grave de Evolução Prolongada

CRONOGRAMA DE GANTT

Semanas	1ª sem.	2ª sem.	3ª sem.	4ª sem.	5ª sem.	6ª sem.	7ª sem.	8ª sem.	9ª sem.	10ª sem.	11ª sem.	12ª sem.	13ª sem.	14ª sem.	15ª sem.	16ª sem.	17ª sem.	18ª sem.
1. Desenvolver uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.																		
1.1. Integração na equipa multidisciplinar das Residências de reabilitação psicossocial																		
2. Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.																		
2.1. Realização do diagnóstico de situação e definição das necessidades																		
3. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.																		
3.1. Planeamento de estratégias e elaboração do projeto de intervenção																		
4. 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.																		
4.1. Realização de dinâmicas de grupo																		
5. 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.																		
5.1. Realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas																		
5.2. Elaboração do Relatório de Estágio																		

APÊNDICES II

Sessão nº 1 – Psicoeducação sobre Introdução à Saúde mental/ Doença mental



MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

INSTITUTO DE REABILITAÇÃO DE CARVALHO GOMES
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DR. LOPES DIAS

Introdução à Saúde Mental/Doença Mental

Enf.ª Rute Antunes

Dezembro 2024



Objetivos

- ✓ Potenciar o desenvolvimento de conhecimento sobre a temática;
- ✓ Compreender a saúde mental e doença mental;
- ✓ Promover o conhecimento sobre sintomas associados às diferentes doenças mentais graves (DMG) e deficiência intelectual (DI);
- ✓ Desenvolver estratégias para agir de acordo com sintomatologia;
- ✓ Refletir sobre o estigma associado à doença mental, contribuindo para sua redução.

Conteúdos a abordar

1

História da
Psiquiatria

2

Saúde Mental

3

Doença Mental
Grave

4

Reabilitação
na DMG

5

Estigma



1

História da Psiquiatria

História da Psiquiatria

- ✓ **Homem primitivo** - Influencia o psiquismo do outro. Os indivíduos com Doença Mental (DM), é intitulado de SELVAGEM ou está sob efeito de ESPÍRITOS MAUS.
- ✓ **Antiguidade grega** - A DM estava ligada a fatores sobre-humanos, os Deuses influenciavam o pensamento do indivíduo.
- ✓ **Hipócrates** - A DM é vista como uma deformação de natureza orgânica no indivíduo, são um estatuto médico científico.
- ✓ **Galeno** - Considera que o cérebro é o local onde são exercidas as funções psíquicas, desta forma, os delírios e outras alterações são vistas de acordo com a abordagem neuroanatômica e neurofisiológica.

(Ferreira L. F., 2006)

História da Psiquiatria

- ✓ **Idade Média** - A medicina passa por uma fase de desacreditação, a Igreja repugna a psiquiatria e tudo o que seja associado à loucura, como bruxas, feiticeiros e curandeiros. Estes são intitulados de mensageiros do diabo, passando por tratamentos horrendos, como: sangrias, exorcismo, purgantes, purificações pelo fogo e banhos sulfurosos.
- ✓ **Renascimento** - O indivíduo que padece de DM, apresenta ter perda/diminuição da função mental. A loucura passou a fazer parte do processo mental, o que se expressa com o comportamento. Inicia-se a designação dos alienados, e a exclusão social. Os indivíduos eram presos em celas, ou mandados embora através de embarcações.
- ✓ **Séc. XVIII** - Pinel - Inicia-se o modelo de DM, em que o indivíduo necessitava de cuidados.

(Ferreira L. F., 2006)

Tratamentos e evolução da terapêutica

Remoção de órgãos

Amígdalas, língua,
estômago, baço, ...
(Gaio, 2010)

Insulina

Indução de coma
(Florido, Gamanho, &
Jorge, s.d)

Clorpromazina

Primeiro antipsicótico,
revolucionou a Psiquiatria
(Florido, Gamanho, & Jorge, s.d)

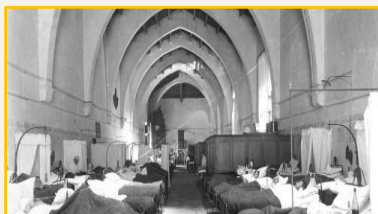
Malarioterapia

Indução de febres
elevadas e duradouras
(Gaio, 2010; Ferreira, Firmino,
Florido, Gamanho, & Jorge, s.d)

Eletroconvulsivoterapia

Usada até aos anos 60 e 70,
mais tarde volta a ser usada
(Silva & Caldas, 2008; Ferreira, Firmino,
Florido, Gamanho, & Jorge, s.d)

Tratamentos do anticamente



História da Psiquiatria em Portugal

↳ Casa de Saúde da Idanha

Inaugurada a 09/05/1894 pelo fundador S. Bento Menni, tornando-se a 1ª Casa Hospitaleira do país e também uma das primeiras casas que albergava pessoas com doença mental.

Direcionada para pessoas do sexo feminino, vulneráveis, esquecidas e incompreendidas pela sociedade.

Tornou-se uma referência nacional na psiquiatria, sendo também um impulsionador nos tratamentos, como os acima mencionados (Irmãs Hospitaleiras, s.d.).

2

Saúde Mental

Saúde Mental

“... Um estado de bem-estar no qual o indivíduo concretiza as suas próprias capacidades, consegue lidar com as dificuldades normais da vida, consegue trabalhar de forma produtiva e frutífera e está apto a contribuir para a comunidade em que se insere” (OMS, 2017).

A OMS refere que não é possível criar uma definição deste conceito, pois o mesmo é afetado por diversos fatores, visões e teorias. Ainda assim, na prática assistencial, acabamos por assumir que, quando falamos de saúde mental referimo-nos **“não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, mas como um estado de completo bem-estar físico, mental e social”** (OMS, 2001, p. 30). No entanto, esta definição tem vindo a sofrer alterações, fruto dos progressos operados nas ciências biológicas e comportamentais que alteraram o modo como é percebido o funcionamento da mente, bem como a relação entre saúde mental, física e social (OMS, 2001).

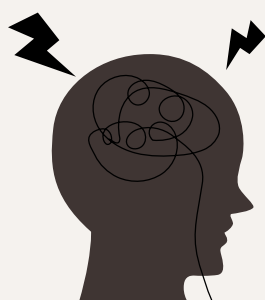
Saúde Mental

A nível mundial, estima-se que os problemas de saúde mental representem cerca de 13% das doenças a nível mundial (WHO, 2022), sendo que a prevalência de perturbações mentais em Portugal é de 22.9% da população, colocando-nos como um dos países onde este indicador é mais elevado a nível europeu. Na população portuguesa são as perturbações da ansiedade (16.5%), logo seguidas pelas perturbações do humor (7.9%), que maior contributo dão para estas estatísticas. Salienta-se, ainda, que o risco de ocorrência de alguma perturbação do foro psiquiátrico durante a vida (até aos 75 anos) é de 51.4% (Conselho Nacional de Saúde, 2019)

3

Doença Mental Grave

Doença Mental Grave (DMG)



Definição

"é definida como a DM, comportamental ou emocional que causa défice funcional grave e que interfere substancialmente ou limita uma ou mais atividades da vida diária." (Martins,

Rodrigues, Pinho, & Pereira, 2022, p. 106).

Fatores de risco DMG

Fatores Biológicas

- ✓ Hereditariedade;
- ✓ Abuso de substâncias;
- ✓ Alt. no funcionamento da tireoide;
- ✓ Alt. na estrutura do cérebro;
- ✓ Complicações na gravidez/parto (First, 2022).

Fatores Psicológicos

- ✓ Stress;
- ✓ Incapacidade de transmitir os sentimentos (First, 2022).

Fatores Sociais

- ✓ Situações de Stress (luto);
- ✓ Consumo de drogas;
- ✓ Famílias disfuncionais
- ✓ Trauma e negligência na infância (First, 2022).

Fatores de risco DMG

Determinantes

A SM dos indivíduos resulta de uma série de fatores interligados como os:

- ✓ **Fatores predisponentes** (experiências na infância e fatores hereditários);
- ✓ **Fatores precipitantes** (eventos marcantes na vida dos indivíduos, por exemplo, perda de familiares próximos, situações de desemprego, carência económica, etc.);
- ✓ **Fatores de contexto social e às experiências individuais**

(Lahtinen, Lehtinen, Riikonen & Ahonen, 2012)

Saúde Mental Positiva - capacidade para compreender, perceber e interpretar o seu meio envolvente e integrar-se no mesmo de forma sólida (Lahtinen et al., 2012).

Saúde Mental Negativa - relacionada com as diversas patologias do foro mental e com as suas consequências (Korkeila, 2000).

Doença Mental Grave - exemplos

Alterações do Estado de Humor



- ✓ Depressão;
- ✓ Perturbação Bipolar

Perturbação da Ansiedade



- ✓ Perturbação de Ansiedade Generalizada;
- ✓ Perturbação de Pânico;
- ✓ Perturbação Obsessiva Compulsiva;
- ✓ Stress Pós Traumático

Psicoses



- ✓ Esquizofrenia;
- ✓ Transtorno psicótico breve;
- ✓ Transtorno delirante;
- ✓ Transtorno psicótico induzido por substâncias ou medicamentos

Demências



- ✓ Doença de Alzheimer;
- ✓ Demência frontotemporal;
- ✓ Demência com corpos de Lewy;
- ✓ Demência vascular

Sequeira & Sampaio, 2020)

Doença Mental Grave - características

As doenças mentais incluem as alterações de pensamento, emoções e/ou comportamento, causando alterações significativas à pessoa e/ou interferem na sua vida quotidiana. Os efeitos de uma doença mental podem ser duradouros ou temporários (First, 2022).

Doença Mental Grave - características

DEPRESSÃO

- ✓ Estado de tristeza, fadiga/cansaço;
- ✓ Dificuldade de concentração e memória;
- ✓ Falta de interesse na atividades;
- ✓ Insónia ou hipersónia;
- ✓ Alterações do apetite;
- ✓ Mau estar (náuseas, dores inexplicáveis);
- ✓ Lentificação ou agitação psicomotora (Coryell, 2022).

TRANSTORNO BIPOLAR

- ✓ Aumento desproporcionado de energia e atividade;
- ✓ Euforia;
- ✓ Inquietação;
- ✓ Pensamento e fala rápidos;
- ✓ Otimismo e confiança desmedidos;
- ✓ Dificuldade na concentração;
- ✓ Falta de sono;
- ✓ Aumento da libido;
- ✓ Irritabilidade extrema (Coryell, 2023).

Doença Mental Grave - características

ANSIEDADE

- ✓ Preocupação, insegurança, medo;
- ✓ Sentimento de inferioridade;
- ✓ Dificuldade de concentração;
- ✓ Sensação de perda de controlo;
- ✓ Hiperatividade;
- ✓ Paralisação motora;
- ✓ Perturbações da fala;
- ✓ Conduta de evitação;
- ✓ Palpitações e taquicardia;
- ✓ Respiração superficial e sensação de asfixia;
- ✓ Náuseas e vômitos (Barnhill, 2023).

DELÍRIOS/ALUCINAÇÕES

- ✓ Alucinações - visuais, auditivas, olfativas e táteis;
- ✓ Delírios - persecutórios, de grandeza, de roubo,...
- ✓ Diminuição da afetividade;
- ✓ Apatia;
- ✓ Isolamento social;
- ✓ Deterioramento do aspeto pessoal (Townsend, 2011).

Doença Mental Grave – características

DEMÊNCIA

- ✓ Alucinações ou Delírios;
- ✓ Irritabilidade;
- ✓ Alterações de personalidade, derivado a alterações do comportamento;
- ✓ Aparecimento súbito de crises epiléticas;
- ✓ Perda de memória - esquecimento, desorientação temporal, diminuição do movimento;
- ✓ Perda da capacidade de reconhecimento de caras ou nomes de pessoas próximas;
- ✓ Perda da capacidade de compreensão linguística de falar;
- ✓ Incapacidade de comer de forma autónoma;
- ✓ Tremor na face e nos membros;
- ✓ Perda da mobilidade;
- ✓ Sintomas psiquiátricos - alterações de comportamento;
- ✓ Perda da expressão facial, que se converte em murmuro incompreensível(Huang, 2023).

5 MINUTOS DE PARTILHA

Direcionar o nosso saber nas nossas ações

- ✓ Não julgar, não rir, não desvalorizar;
- ✓ Responder com calma e dizer a verdade;
- ✓ Não tentar convencer a pessoa de que não é real;
- ✓ Não reforçar;
- ✓ Incentivar a pessoa a falar sobre o assunto mantendo a sua privacidade;
- ✓ Minimizar os efeitos da alteração e tentar controlar o seu contexto ambiental ;
- ✓ Simplificar o ambiente;
- ✓ Tentar distrair a pessoa das alterações (tarefas);
- ✓ Minimizar o stress ou ensinar estratégias para combater os sintomas.

Direcionar o nosso saber nas nossas ações

- ✓ Diminuir os estímulos;
- ✓ Conversar isoladamente;
- ✓ Falar devagar, com um tom de voz normal e clareza. Não Gritar;
- ✓ Diminuir o número de pessoas presentes (privacidade);
- ✓ Não castigar ou ameaçar com retirada de privilégios;
- ✓ Evitar o contacto ocular contínuo;
- ✓ Respeitar o espaço pessoal, mantendo alguma distância;
- ✓ Transmitir tranquilidade e segurança, através das nossas intervenções.

4

Reabilitação na DMG

Reabilitação na DMG

Definição:

"processo pelo qual a pessoa é ajudada a adaptar-se às limitações da sua incapacidade, a recuperar capacidades perdidas e a desenvolver novas competências, (...), tendo em vista melhorar a sua autonomia e a sua qualidade de vida" (Conselho Nacional de Saúde Mental, 2002, p.30).

Objetivos:

- Promoção do *empowerment*;
- Prevenção e combate ao estigma/discriminação;
- Desenvolvimento de competências pessoais e sociais;
- Criação de um sistema de suporte integrado continuado (Oliveira & Filipe, 2009).

Dimensões:

- Reabilitação Profissional;
- Reabilitação Residencial;
- Participação Social (Oliveira & Filipe, 2009).

Adversidades:

- Défice de pessoal qualificado na área;
- Estruturas insuficientes ;
- Demoras no financiamento ;
- Excesso de burocracia;
- Carência de autonomia técnica e financeira;
- Adversidades na articulação com empresas de inserção (Oliveira & Filipe, 2009).

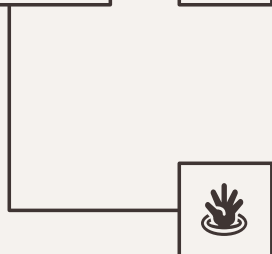
5

Estigma

Estigma



É definido como uma “desaprovação social severa, devido a características presumidas ou verídicas, crenças ou comportamentos que estão de acordo com as normas económicas, políticas, culturais ou sociais” (Oliveira & Azevedo, 2014, p. 227).



Auto-Estigma

Aplicado pelo próprio, consequência da interiorização dos estereótipos (Xavier, Klut, Neto, Ponte & Melo, 2013).

Psicofobia

Preconceito com pessoas que sejam portadoras de transtornos e/ou deficiências mentais (Neto, Silva, Figueira & Souza, 2021).

Estigma

A Associação Mundial de Psiquiatria afirma que o estigma tem consequência na qualidade de vida das pessoas com DM, uma vez que a discriminação e a exclusão social são uma consequência para a diminuição da mesma. No entanto, preconiza-se que estes doentes devem ser acompanhados em estruturas comunitárias o que sem uma consciencialização da comunidade pode ter impactos negativos (Oliveira & Azevedo, 2014).

O estigma não se encontra só presente na comunidade, mas também na prestação de cuidados a doentes do foro mental. Este facto, tem um impacto bastante negativo no tratamento, pois cria uma barreira tanto para a pessoa com DM no momento do pedido de ajuda, como para o prestador de cuidados, uma vez que ao "rotular" a pessoa de perigosa e incapaz vai prejudicar tanto o tratamento da doença, como a adesão ao mesmo (Xavier, Klut, Neto, Ponte, & Melo, 2013).

Estigma

Há profissionais de saúde que desvalorizam os seus comportamentos e contribuem para a estigmatização. Existe uma falta de compreensão para com doentes do foro psiquiátrico. Afetando o seu trabalho, pois demonstram atitudes hostis para com os doentes. **O papel dos profissionais deve ser promover a compreensão e empatia para com os doentes utilizando a relação e aceitação como pilar na sua atuação** (Oliveira & Filipe, 2009).

Existe ainda a iliteracia, em que os profissionais por vezes também cooperam com o estigma, tendo atitudes negativas e formações inadequadas/inexistentes (Oliveira & Filipe, 2009). Deste modo, é importante a **adesão à psicoeducação** de modo a diminuir o estigma melhorando a prestação de cuidados (Sequeira & Sampaio, 2020).

Há uma diferença entre “ter uma doença mental e ser um doente mental”

(Xavier, Klut, Neto, Ponte, & Melo, 2013, p. 18).

“Ainda que se tenha alcançado grandes avanços na compreensão e no tratamento das doenças mentais, o estigma que as rodeia ainda persiste. Por exemplo, a pessoa com DM pode ser culpada pela sua doença ou considerada preguiçosa ou irresponsável” (First, 2022)

5 MINUTOS DE PARTILHA

OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO



Referências Bibliográficas

Barnhill, J. W. (Agosto de 2023). Transtorno de ansiedade generalizado. Obtido de Manual MSD:
<https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/transtornos-psi%C3%A1tricos/ansiedade-e-transtornos-relacionados-a-estressores/transtorno-de-ansiedade-generalizado-tag?query=ansiedade>

Conselho Nacional de Saúde Mental. (2002). Propostas e Recomendações. Lisboa: Conselho Nacional de Saúde Mental.
Conselho Nacional de Saúde. Sem mais tempo a perder - Saúde mental em Portugal: Um desafio para a próxima década. Lisboa: CNS, 2019.

Coryell, William. (Dezembro de 2021). Transtornos depressivos. Obtido de Manual MSD:
<https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/transtornos-psi%C3%A1tricos/transtornos-do-humor/transtornos-depressivos?query=depress%C3%A3o>

Ferreira, L., Firmino, P., Florido, P., Gamanho, D., & Jorge, L. (2006). Perspetiva histórica dos cuidados de enfermagem ao doente mental. Obtido de file:///C:/Users/HP/Downloads/ferreira,%2061-70.pdf

Referências Bibliográficas

First, M. B. (abril de 2022). msdmanuals/casa/disturbios-de-saude-mental/consideracoes-gerais-sobre-cuidados-com-a-saude-mental/consideracoes-gerais-sobre-a-doenca-mental. Obtido de MsdManuals Versão Saúde para a Família: <https://www.msdmanuals.com>

Gaio, R. (2010). ALGUMAS TERAPIAS UTILIZADAS EM PSIQUIATRIA NA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XX. I Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental (pp. 73 -78). Coimbra: CEIS20 -Grupo de História e Sociologia da Ciência. Obtido de file:///C:/Users/HP/Downloads/M - %20historia%20da%20PSI%20e%20SM%20jornadas%20(1).pdf

Huang, J. (fevereiro de 2023). Demência. Obtido de Msd Manuals : <https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-neurol%C3%B3gicos/delirium-e-dem%C3%AAncia/dem%C3%AAncia>

Irmãs Hospitalteiras. (s.d.). Irmãs Hospitalteiras/ Historia. Obtido em Dezembro de 2023, de Irmãs Hospitalteiras: <https://irmashospitalteiras.pt/historia/>

Korkeila, J. (2 de novembro de 2000). Measuring Aspects of Mental Health. Helsinki: Stakes.

Lahtinen E, Lahtinen V, Riikonen E, Ahonen J (Eds.). Framework for Promoting Mental Health in Europe. Helsinki: STAKES, 1999. Available at: Framework for Promoting Mental Health in Europe (europa.eu)

Referências Bibliográficas

Martins, D. O., Rodrigues, S. G., Pinho, M., & Pereira, E. G. (2022). Doença Somática nas Pessoas com Doença Mental Grave. Revista Portuguesa de Psiquiatria e de Saúde Mental, 8(3), 105 -113. doi:<https://doi.org/10.51338/rppsm.375>

Neto, J. B., Silva, E. d., Figueira, G. M., & Souza, J. C. (2021). O estigma da doença mental entre estudantes e profissionais de saúde. Research, Society and Development.

Oliveira, A. R. F., & Azevedo, S. M. (2014). Estigma na doença mental: estudo observacional. Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar, 30(4), 227 -34. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v30i4.11347>

Oliveira, S., Filipe, C. (2009). Guia de recursos de reabilitação psicossocial para a saúde mental. Caldas da Rainha: Centro de Educação Especial Rainha Dona Leonor. Disponível em: <https://www.adeb.pt/files/upload/guias/guia-de-recursos-reabilitacao-psicossocial.pdf>

Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946. 2017. Available from: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omsworld.html>

Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental Diagnósticos e Intervenções. Lisboa: Lidel.

Silva, M. L. B. e ., & Caldas, M. T.. (2008). Revisitando a técnica de eletroconvulsoterapia no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. Psicologia: Ciência E Profissão, 28(2), 344 -361. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932008000200010>

Referências Bibliográficas

Sulkes, S. B. (fevereiro de 2022). Deficiência intelectual . Obtido de Manuals MSD :
<https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/pediatria/dist%C3%BArbios-de-aprendizagem-e-desenvolvimento/defici%C3%AAncia-intelectual>

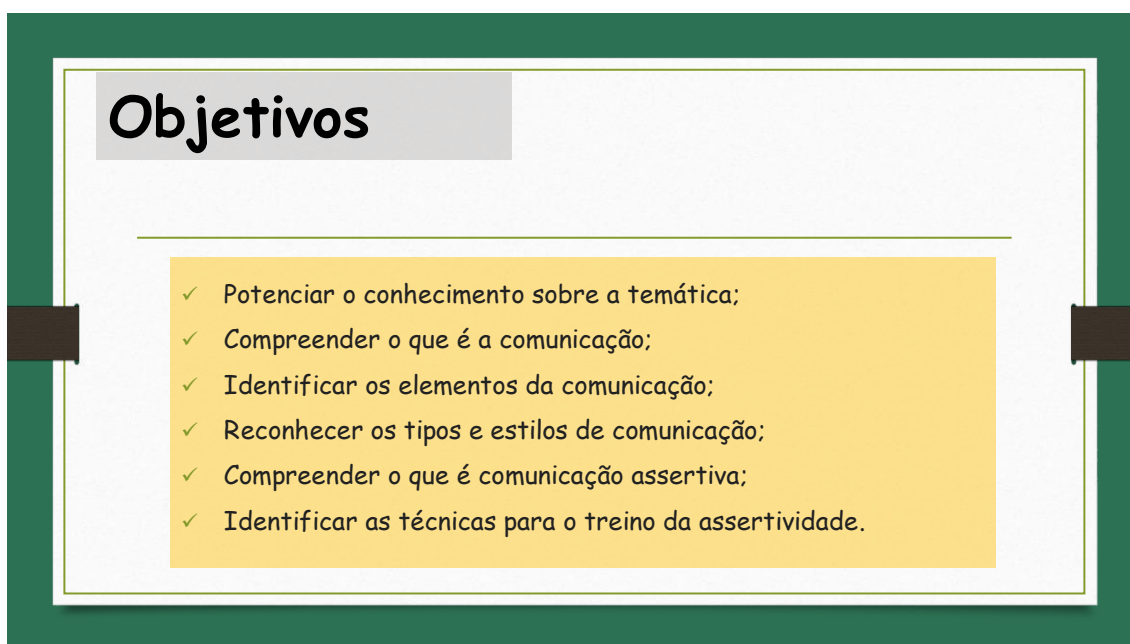
Townsend, M. C. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência . Lusociência.

World Health Organization. (2001). The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding , New Hope. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2022). World mental health report: transforming mental health for all. Geneva.

APÊNDICES III

Sessão nº 2 – Psicoeducação sobre Comunicação Assertiva



Índice

1

O QUE É A
COMUNICAÇÃO

2

ELEMENTOS DA
COMUNICAÇÃO

3

TIPOS DE
COMUNICAÇÃO

4

ESTILOS DE
COMUNICAÇÃO

5

COMUNICAÇÃO
ASSERTIVA

6

TÉCNICAS PARA
TREINO DA
ASSERTIVIDADE



1

O QUE É A
COMUNICAÇÃO

... o que é?

"A comunicação é um processo de criação (...) de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas".

(Phaneuf, 2005, p.23)



... o que é?

Transmite-se de maneira **consciente** ou **inconsciente**, pela linguagem **verbal** ou **não verbal**.

Através da comunicação, compreendemos as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e criar laços significativos com a mesma.

(Phaneuf, 2005)



2

ELEMENTOS DA COMUNICAÇÃO

Elementos

- **Emissor** - Quem emite a mensagem. O emissor transmite e codifica a mensagem.

(Ex: pode ser uma pessoa ou um grupo, um animal)

- **Receptor** - Quem recebe e descodifica a mensagem emitida pelo emissor.
- **Mensagem** - Conteúdo transmitido pelo emissor para o recetor.
- **Canal** - O meio de comunicação entre um emissor e um recetor.

(Ex: carta, telemóvel, rádio, televisão).

Elementos

- **Código** - É a maneira pela qual a mensagem se organiza. O código deve ser do conhecimento de ambos os envolvidos (emissor e recetor).

(Ex. Língua portuguesa oral ou escrita, sons, linguagem gestural, gestos, código Morse).

- **Codificação** - Forma como é transmitida a mensagem. É o processo de transformar num código conhecido a intenção de comunicação.
- **Descodificação** - Processo pelo qual o receptor traduz os símbolos emitidos pelo emissor.

Elementos

- **Ruído** - Barreiras / Obstáculos à comunicação. É tudo o que dificulta a comunicação, interfere a transmissão e perturba a receção da mensagem.
- **Feedback** - Resposta do recetor que chega ao emissor.



Tipos



VERBAL

✓ Oral

- ✓ Diálogo (tom, ritmo)
- ✓ Rádio
- ✓ Televisão
- ✓ Telemóvel

✓ Escrita

- ✓ Cartazes
- ✓ SMS
- ✓ Cartas, Email
- ✓ Livros, Jornais, Revistas



NÃO VERBAL

- ✓ Gestos
- ✓ Olhar
- ✓ Expressão Facial
- ✓ Postura
- ✓ Toque
- ✓ Silêncio



MISTA



4

ESTILOS DE COMUNICAÇÃO

Estilos

Comunicação Passiva

A pessoa não respeita os seus sentimentos, pensamentos nem as suas necessidades. Há uma desvalorização de si perante os outros. Não existe capacidade de imposição e firmar o seu lugar. Aceita sem hesitação, ficando em segundo lugar.

Comunicação Assertiva

A pessoa tem respeito por si próprio, ao exprimir os seus gostos, interesses, desejos e direitos; Tem também respeito pelos outros, pelos seus gostos, ideias, necessidades e direitos. É como dizer: "... eu sou importante, tanto quanto tu, compreendemo-nos mutuamente".

Comunicação Agressiva

A pessoa pretende impor-se às outras, fazendo prevalecer a sua presença e os seus interesses. É hostil, quer por palavras, quer através de ações, não reconhecendo os outros como seres iguais a si, com direito a exprimirem os seus sentimentos, pensamentos e necessidades.



5 COMUNICAÇÃO ASSERTIVA

Comunicação Assertiva

Definição

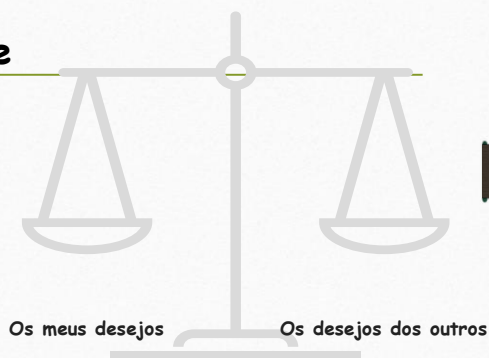


A comunicação assertiva é um estilo de comunicação que procura a expressão de ideias e sentimentos de forma clara, direta e de forma respeitosa, promovendo uma comunicação eficiente e saudável.

Comunicação Assertiva

A balança da assertividade

O treino da comunicação assertiva compreende a habilidade de expressar sentimentos e necessidades, respeitando simultaneamente os direitos dos outros.



Comunicação Assertiva

Direitos intrínsecos à comunicação assertiva

- ✓ Direito a ser escutado;
- ✓ Direito a fazer pedidos;
- ✓ Direito a mudar de opinião;
- ✓ Direito de expressar opiniões;
- ✓ Direito a não ser perfeito;
- ✓ Direito a dizer não;
- ✓ Direito a dizer "não compreendo";
- ✓ Direito a dizer "não sei qual a solução".

Comunicação Assertiva ➡ Pilares

Autoconhecimento



O primeiro pilar é o autoconhecimento, entender as nossas próprias emoções e formas de comunicação.

Escuta Ativa



O segundo pilar é a prática da escuta ativa para compreender as necessidades e perspectivas dos outros.

Comunicação Assertiva → Pilares

Empatia



O terceiro pilar é a empatia - capacidade para se colocar no lugar do outro para compreendê-lo melhor.

Assertividade



O último pilar é a assertividade, expressar nossos pensamentos e sentimentos de forma clara e respeitosa.

Comunicação Assertiva → Benefícios



Melhoria das Relações Interpessoais

A comunicação assertiva fortalece os relacionamentos, promovendo confiança, respeito e compreensão mútua.



Resolução de Conflitos Eficaz

Uma comunicação assertiva ajuda a resolver conflitos de forma construtiva, evitando mal-entendidos e promovendo soluções mútuas.



Crescimento Pessoal

A comunicação assertiva contribui para o desenvolvimento pessoal, favorecendo o autoconhecimento.

Comunicação Assertiva → Barreiras

Medo do Julgamento

O medo de ser julgado ou rejeitado pode prejudicar a comunicação assertiva, levando à insegurança e à falta de expressão adequada.

Ruído na Comunicação

O ruído na comunicação, como distrações externas e problemas técnicos, pode dificultar a compreensão e a expressão assertiva.

Falta de Habilidades

A falta de habilidades de comunicação pode ser uma barreira, tornando difícil expressar pensamentos e sentimentos de forma adequada.



6

TÉCNICAS PARA
TREINO DA
ASSERTIVIDADE

Treino da assertividade ➡ Técnicas

TÉCNICA DO "DISCO RISCADO"

Consiste em ser persistente e repetir o que se pretende várias vezes, sem alterar o tom de voz e sem se irritar, de forma precisa e de acordo com os seus objetivos.

Exemplo: "Eu gostaria de arrumasses o teu quarto".

TÉCNICA DA MUDANÇA DE TEMA

Consiste em mudar o foco da discussão para outro tema.

Exemplo: Vê-se envolvido numa discussão porque a pessoa não gostou do jantar e não pára de criticar e de atribuir defeitos a todos os pratos.

Sugestão de Resposta: "E se no final do almoço fossemos dar uma caminhada?"

TÉCNICA DO "COLETE"

Consiste numa técnica que permite aceitar a opinião dos outros, mesmo sem concordar, e que a pessoa se defenda das críticas consideradas injustas.

Permite também aceitar a sua possibilidade sem "contra-atacar" dando indicação ao outro de que não ficou perturbado com a sua crítica, mas que está a ser analisada. Não deve ser confundida com resistência ou prepotência.

Exemplo: Alguém lhe diz, após ter cozinhado um prato de carne para o jantar: "Esta comida está muito salgada e a carne demasiado cozinhada...aliás eu prefiro comer peixe".

Sugestão de Resposta: "É a tua opinião, e eu respeito apesar de não concordar. Vou pensar para uma próxima refeição em fazer uma nova receita".

A comunicação assertiva é uma habilidade poderosa que promove relacionamentos saudáveis, resolução de conflitos eficaz e crescimento pessoal.

Ao desenvolvê-la, está a inspirar e influenciar positivamente as pessoas ao seu redor.

**OBRIGADA PELA
VOSSA ATENÇÃO!**

Referências Bibliográficas

Chalifour, J. (2007). *A Intervenção Terapêutica - Os Fundamentos Existencial-Humanistas da Relação de Ajuda* (Volume 1). Lusodidacta.

Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica - Estratégias de Intervenção* (Volume 2). Lusodidacta.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.

Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções*. Lidel - Edições Técnicas, Lda. 1ª Edição.

APÊNDICES IV

Sessão nº 3 – Psicoeducação sobre Emoções – Regulação emocional



1. Emoções

- As emoções fazem parte de um sistema adaptativo inato que se desenvolveu para ajudar na sobrevivência da pessoa;
- Alertam para situações importantes para o bem estar, informam acerca do que é bom ou mau, preparando e orientando a pessoa para ir ao encontro das suas necessidades;
- São 6 as emoções básicas: raiva; tristeza; medo; alegria; nojo; surpresa (Miguel, 2015).

1. Emoções

Raiva



Informa-nos que fomos ofendidos/magoados

Tristeza



Informa-nos de uma perda

Alegria



Motiva-nos a repetir a experiência (boa)

Medo



Alerta-nos para eventuais perigos

(Miguel, 2015)

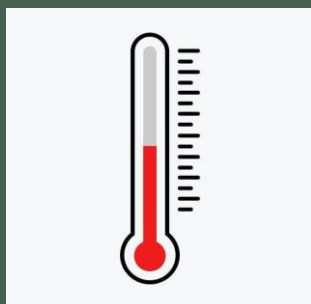
1. Emoções

• O motivo pela qual as emoções por vezes parecerem tão cruéis, não é experiência de uma emoção em si, mas sim a interpretação que fazemos dessa emoção, que tende a provocar sentimentos desagradáveis e uma sensação de ausência de controlo sobre os mesmos.

• Este fenómeno, denominado "ciclo emocional vicioso", é um processo no qual as emoções, pensamentos e comportamentos estão interligados e se influenciam reciprocamente.

(Miguel, 2015)

1. Emoções



O termómetro, ao avaliar a temperatura corporal, indica-nos o nosso estado de saúde física

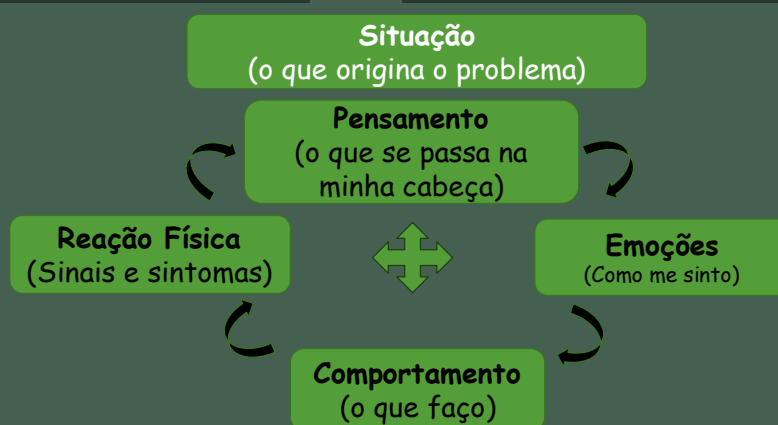
De igual modo, o reconhecimento da duração, intensidade e a influência das nossas emoções no quotidiano são um **indicador** da nossa saúde mental

Este reconhecimento é essencial para o desenvolvimento de estratégias de gestão emocional

1. Emoções



Ciclo Emocional Vicioso



(Batista, 2018)

1. Emoções

Quebrar este ciclo vicioso!...



Torna-se importante desenvolver
estratégias eficazes de
regulação/autorregulação das emoções

2. Regulação Emocional

... o que é?

A regulação emocional é a
capacidade para gerir, controlar
e responder eficazmente a uma
experiência emocional.

A regulação emocional é
fundamental, pois permite que a
pessoa se adapte às situações do
quotidiano e que atue de acordo
com os seus objetivos e
motivações.

(Batista, 2018)

2. Regulação Emocional

Dificuldades na regulação emocional, muitas vezes intensificado pela falta de privacidade, ausência de espaços neutros e contentores, podem levar:

- ✓ A conflitos nas relações interpessoais;
- ✓ A abuso de substâncias (SOS, cigarros, cafeína, ...);
- ✓ Ao aumento da ansiedade e inquietação;
- ✓ A desenvolver comportamentos impulsivos/agressivos.

(Batista, 2018)

3. Estratégias de Regulação Emocional

- ✓ A grande maioria das pessoas utiliza diversas estratégias de regulação das emoções, sendo capaz de as aplicar em diferentes situações do dia-a-dia, com o objetivo de se adaptar às exigências do ambiente.
- ✓ A utilização de estratégias eficazes para lidar com o stress pode ajudar a atenuar a intensidade das emoções.
- ✓ Atividades que tragam alívio de tensão, ou mudança de foco das preocupações.

(Batista, 2018)

MAS ...

**... NO NOSSO CONTEXTO, MUITAS DAS VEZES NÃO
EXISTEM ESTRATÉGIAS E CAPACIDADE DE
REGULAÇÃO...**

... DESTA FORMA...

O papel do profissional pode fazer a diferença

3. Estratégias de Regulação Emocional

Boas práticas para promover a Regulação Emocional

- Incentivar o diálogo com alguém (profissional de saúde);
- Incentivar na prática de atividade física (ex: caminhada no jardim);
- Estimular a realização de uma atividade prazerosa (ex: cozinhar, ler, ver um filme, dançar, apanhar sol);
- Ajudar a focar no positivo (regular pensamentos mais negativos);
- Ajudar a fazer uma "pausa";
- Gerir o possível stress do dia -a-dia.

(Rolston, 2017)

3. Estratégias de Regulação Emocional

Atuação em momento de crise

- Evitar expressões habituais, como: "tem calma", "isso passa", "está tudo bem";
- Perguntar: "Como posso ajudar?"
- Permitir a expressão emocional relativa à situação de crise;
- Mostrar disponibilidade;
- Valorizar a preocupação/frustração...
- Encaminhar situação de acordo com a sua intensificação e frequência.

(Rolston, 2017)

E quando não nos conseguimos autorregular?

- Aceitar as oscilações emocionais, como normais, de forma a reconhecê-las e melhorar a forma como lidamos com as mesmas;
- Aceitar que por vezes a nossa resposta não é a melhor, mas ter consciência de que as mesmas podem ter impacto na pessoa, sendo potenciador de um comportamento disruptivo;
- **RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, RESPEITO E EMPATIA**, têm de estar sempre presente. Um profissional ao não conseguir regular-se emocionalmente e desta forma, promovendo estes comportamentos disruptivos é **NEGLIGÊNCIA**.

(Rolston, 2017)

**OBRIGADA PELA VOSSA
ATENÇÃO!**

Referências Bibliográficas

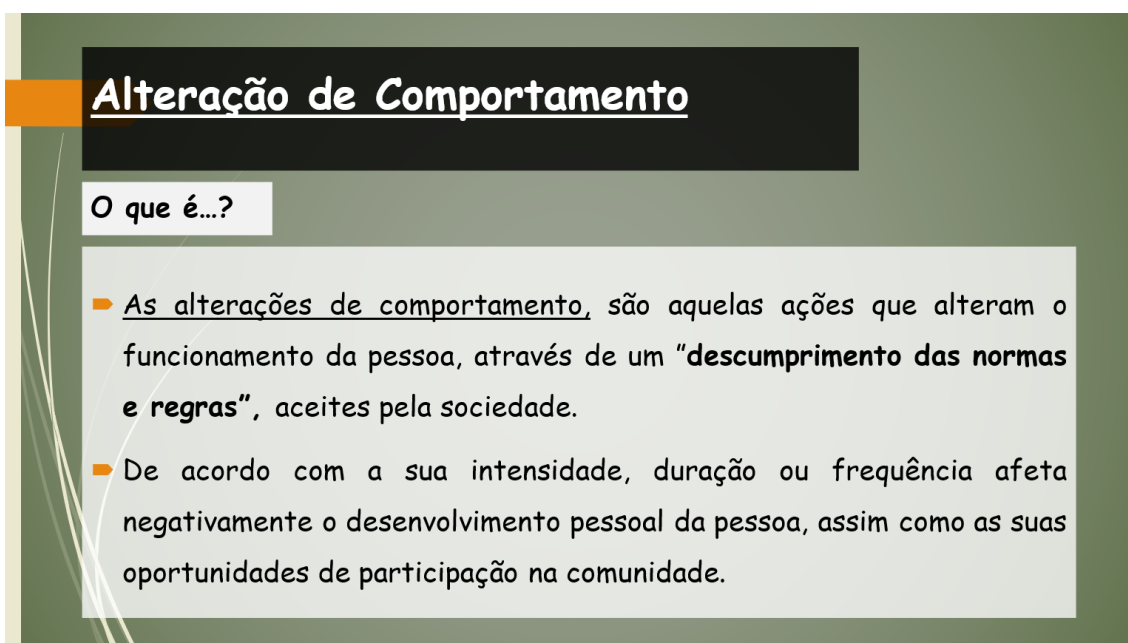
- ✓ Batista, H., & Noronha, A. (2018). Instrumentos de autorregulação emocional: uma revisão de literatura. *Avaliação Psicológica*, 17(3), 389-398. DOI: <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2018.1703.15643.12>
- ✓ Miguel, F. (2015). Psicologia das emoções: uma proposta integrativa para compreender a expressão emocional. *Psico-usf*, 20, 153-162. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-82712015200114>
- ✓ Moreira, P., Ferreira, S., Couto, B., Machado-Sousa, M., Fernández, M., Raposo-Lima, C., Sousa, N., Picó-Pérez, M., & Morgado, P. (2021). Protective elements of mental health status during the COVID-19 outbreak in the Portuguese population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1910. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18041910>

Referências Bibliográficas

- ✓ Rolston, A., & Lloyd-Richardson, E. (2017). What is emotion regulation and how do we do it. Cornell Research Program on Self-Injury and Recovery, 1, 1-5. Disponível em: <https://www.selfinjury.bctr.cornell.edu/perch/resources/what-is-emotionregulationsinfo-brief.pdf>

APÊNDICES V

Sessão nº 4 – Psicoeducação sobre Alterações de comportamento



Alteração de Comportamento

O que é...?

- Estas manifestações são consideradas antissociais, ao não serem aceites pelos integrantes de um grupo social e/ou uma comunidade. Por este mesmo motivo, por vezes as alterações de comportamentos de maior gravidade podem ocasionar penalidades para as pessoas que os realizam.
- Em muitos casos, observam-se comportamentos problemáticos por inadequação: infantilidade, falta de julgamento social, rigidez no padrão de respostas.

5 MINUTOS DE PARTILHA

Identificar possíveis alterações de comportamento

Alteração de Comportamento

Tipos de comportamento

- Comportamento autolesivo;
- Comportamento heteroagressivo;
- Destruição de objetos;
- Comportamento disruptivo;
- Hábitos atípicos ou repetitivos;
- Distanciamento social ou falta de atenção;
- Comportamentos não cooperativos.

5 MINUTOS DE PARTILHA

Porque ocorrem estas alterações de comportamento ?

Alteração de Comportamento

As pessoas apresentam alterações de comportamento, muitas vezes, porque não adquiriram ou perderam a capacidade necessária para oferecer respostas socialmente aceites que lhes permita conseguir os resultados desejados.

Alteração de Comportamento

- Tem uma função e finalidade específicas;
- Resposta a uma impulsividade e desregulação emocional;
- Está diretamente relacionado com variados fatores, os quais podem ser ambientais, sociais, etc. Estes antecedem e seguem-se ao comportamento (efeito gatilho);
- Podem ter uma intenção comunicativa e nós profissionais devemos considerá-lo como uma forma de comunicação;
- Pode servir para múltiplas funções e objetivos, podendo estes depender do contexto;
- Quando ocorrem são um indicador de que algo não está bem, alteração emocional da pessoa.



5 MINUTOS DE PARTILHA

Como nos sentimos perante estes
comportamentos?



Obrigada pela vossa atenção



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Zentroa, Centro de Documentación y Estudios SIIS Dokumentazio eta Ikerketa;
Fundazioa, Fundación Eguía-Careaga. (2011). VIVIR MEJOR: Cómo concebimos
la atención residencial. Salamanca, España: Diputación Foral de Álava.

APÊNDICES VI

Sessão nº 5 – Psicoeducação sobre Cuidador formal – Autonomia Vs Paternalismo

Reabilitação Psicossocial

A reabilitação psicossocial, definida pela Organização Mundial de Saúde, é ...

"Um processo que oferece aos indivíduos que estão, debilitados, incapacitados ou deficientes, devido à perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade. Envolve tanto o incremento de competências individuais como a introdução de mudanças ambientais" (World Health Organization, 2001).

Cuidador Formal

Entende-se por cuidador formal o membro de uma equipa de saúde, especialista formal remunerado, treinado, voluntário associado a uma organização que fornece avaliação, educação, apoio, cuidados práticos e supervisão para pessoas que vivem com problemas de saúde crónica, incapacitante ou grave.

O cuidador formal deverá possuir conhecimentos sobre saúde e doença mental, com vista a melhorar as respostas às solicitações de uma pessoa com doença mental, de forma a atuar em conformidade, conhecer as necessidades e garantir a satisfação das suas atividades de vida diárias.

Cuidador Formal - Objetivos

- ✓ Prestar assistência às necessidades de saúde e sociais, contribuindo no aumento da autoestima e por consequente a melhoria na gestão emocional;
- ✓ Promover a autonomia das utentes, permitindo a manutenção das suas rotinas diárias;
- ✓ Contribuir para a melhoria da qualidade de vida.

Cuidador Formal - Literacia (conhecimento)

- ✓ A literacia do cuidador formal pode contribuir para que o mesmo tenha maior capacidade em reconhecer alterações comportamentais, emocionais e físicas, de forma a referenciar atempadamente;
- ✓ Quanto maior for o nível de literacia do cuidador formal, melhor conseguirá desempenhar as suas funções, assim como também terá mais facilidade em reconhecer os sintomas e intervir de forma correta.

Cuidador Formal

Concluindo...

O cuidador formal não tem o papel de infantilizar a utente e/ou substituí-la nas suas atividades diárias, reduzindo a sua autonomia, mas sim de a motivar e orientar para a execução de funções e atividades quotidianas.

Paternalismo

Segundo a literatura ...

- ✓ "O paternalismo é classificado como a interferência do profissional de saúde sobre a vontade da utente. Ação essa, possivelmente justificada por razões referidas ao bem-estar, necessidades, interesses ou valores da utente" (Silva, 2013);
- ✓ "O paternalismo é a atitude autoritária e/ou superprotetora baseada na crença de que, como prestadores de cuidados, conhecemos as necessidades, desejos e medos das pessoas que acompanhamos, cuidamos ou oferecemos os nossos serviços melhor do que eles próprios" (Velasco, 2021).

Paternalismo

- ✓ É importante reconhecer e aceitar a singularidade de cada pessoa, mesmo estando em contexto hospitalar. Uma vez que esta mantém as suas vontades, preocupações e interesses.
- ✓ "A beneficência, quando exagerada, transforma-se em paternalismo, uma extrapolação de limites motivada por boas intenções" (Silva, 2013), ou seja, o querer ajudar em demasia põe em causa a autonomia da pessoa.

Paternalismo - superproteção

- ✓ Esta superproteção, advém de uma proximidade extrema entre profissionais e utentes, causando uma ideia errada de família, muitas vezes identificando o local de trabalho como a "nossa" casa.
- ✓ De forma inconsciente, o receio pelo possível alterações comportamento (auto/heteroagressividade), é traduzido por uma imposição de limites extremos, que conseqüentemente diminui a autonomia e liberdade da utente.

Paternalismo - como evitar

É imprescindível que o profissional tenha a capacidade de definir os seus limites e compreender o seu papel enquanto prestador de cuidados. Garantindo uma relação baseada na confiança, respeito mutuo e responsabilidade.

OBRIGADA PELA VOSSA PARTICIPAÇÃO!



Referências Bibliográficas

Falcão, H., Santos, I., Fonseca, I., & Coelho, R. (2020). Cuidadores formais e suas necessidades de educação para a saúde: conhecer no presentes para atuar no futuro. *Cadernos de Saúde*, 115-116.

Silva, J. A. (2013). *AUTONOMIA VERSUS PATERNALISMO MÉDICO: Perfil Bioético dos Egressos do Laboratório de Cirurgia Experimental do Curso de Medicina da UEPA*. Tese de Doutoramento, Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, Porto.

Velasco, J. R. (22 de março de 2021). *Envelhecer em sociedade/ O problema do paternalismo no cuidado das pessoas idosas*. Obtido de Centro Internacional sobre el Envejecimiento : <https://cenie.eu/pt/node/13530>

World Health Organization . (2001). *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding , New Hope*. Genebra: World Health Organization .

ANEXOS

ANEXO I

Questionário de Avaliação Diagnóstica Inicial (Implementada pela Instituição)

Avaliação Diagnóstica

QUESTIONÁRIO INICIAL de CONHECIMENTOS

Curso:

Ação:

Local:

Data :

O objetivo deste questionário é testar o ponto de partida ao nível dos conhecimentos específicos a transmitir na Ação. Para o efeito, agradecemos a sua cooperação.

Responda a cada uma das questões que se seguem, assinalando com um X a opção que se aproxima da sua opinião.

Objetivo Geral da Ação:

Competências-chave a desenvolver:
(Objetivos específicos)

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

Fraco

Médio

Bom

Mto Bom

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Agradecemos a sua colaboração!

ANEXO II

Questionário de Avaliação Diagnóstica Final (Implementada pela Instituição)

Autoavaliação Final de Conhecimento

Curso:

Ação: Introdução à saúde mental e doença mental

Local:

Data :

O objetivo deste questionário é testar o nível dos conhecimentos específicos transmitidos na Ação. Para o efeito, agradecemos a sua cooperação.

Responda a cada uma das questões que se seguem, assinalando com um X a opção que se aproxima da sua opinião.

Objetivo Geral da Ação:

Competências-chave a desenvolver:

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

Fraco

Médio

Bom

Mto Bom

☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐

Agradecemos a sua colaboração!

ANEXO III

Questionário de Avaliação do Formando

(Implementada pela Instituição)

FOLHA DE AVALIAÇÃO DO FORMANDO

Avaliação da Ação de Formação " (nome da formação) " (nome do formador)

A sua opinião é importante, por isso, agradecemos desde já a sua colaboração no preenchimento do questionário que passamos a apresentar.

Instruções de preenchimento:

Para cada uma das afirmações indique o seu **grau de concordância**, utilizando para isso a escala que apresentamos. Marque com um X o quadrado pretendido:

Discordo; Não concordo nem discordo; Concordo; Concordo bastante.

Desenvolvimento da Formação:		Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo bastante
1.	A ação correspondeu ao que eu esperava;	☐	☐	☐	☐
2.	Os conteúdos corresponderam às minhas necessidades de formação;	☐	☐	☐	☐
3.	O que aprendi é importante para o exercício das minhas funções;	☐	☐	☐	☐
4.	Compreendi tudo o que me foi transmitido;	☐	☐	☐	☐
5.	Sinto-me motivado para aplicar no meu dia-a-dia o que aprendi.	☐	☐	☐	☐
6.	Os meios audiovisuais usados ajudaram-me a perceber melhor os conteúdos da ação;	☐	☐	☐	☐
7.	Os documentos que me entregaram ajudaram-me a compreender melhor os conteúdos da ação;	☐	☐	☐	☐

Intervenção do Formador

8.	Desenvolveu o tema com clareza;	☐	☐	☐	☐
9.	Empenhou-se em exprimir bem as ideias;	☐	☐	☐	☐
10.	Incentivou a nossa participação;	☐	☐	☐	☐
11.	Conseguiu um bom relacionamento com o grupo;	☐	☐	☐	☐
12.	Gerou um clima de confiança entre o grupo;	☐	☐	☐	☐

Programa Psicoeducativo para os Cuidadores Formais de Residências de Reabilitação Psicossocial de
Pessoas com Doença Mental Grave de Evolução Prolongada

Organização da Formação		Discordo	Não con- cordo nem discordo	Concordo	Concordo bastante
13.	Tivemos todo o material necessário para o decurso da ação;	☐	☐	☐	☐
14.	Tive acesso ao programa da ação;	☐	☐	☐	☐
15.	O tempo de duração da ação foi adequado;	☐	☐	☐	☐
16.	O espaço onde decorreu a ação foi adequado;	☐	☐	☐	☐
APRECIACÃO GLOBAL					

		Nada sa- tisfeito	Pouco sa- tisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
17.	Avaliação Global da Formação	☐	☐	☐	☐

Sugestões/Críticas:

Que temas considera mais importantes?

De que forma considera que o tema desta ação pode ser importante no exercício das suas funções?

Que temas recomenda para desenvolvermos neste tipo de ações?

Observações:
