



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

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 PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Intervenções Especializadas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com o Cuidador Informal da Pessoa com Doença Mental Grave

Catarina Maria Costa Santos Paninho

Orientação: Professor Lino Ramos

Mestrado em Enfermagem em Associação

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

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

Versão Definitiva



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

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 PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Intervenções Especializadas de Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiátrica com o Cuidador
Informal da Pessoa com Doença mental Grave**

Catarina Maria Costa Santos Paninho

Orientação: Professor Lino Ramos

Mestrado em Associação em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

Intervenções Especializadas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com o Cuidador Informal da Pessoa com Doença mental Grave

Catarina Maria Costa Santos Paninho

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Júri:

Presidente: Professora Doutora Eugénia Grilo

Arguente: Professora Doutora Lara Pinho

Orientador: Professor Doutor Lino Ramos

Data: 19 de junho de 2023

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os cuidadores da pessoa com doença mental grave, aos meus olhos, verdadeiros heróis perante a tarefa do cuidar!

AGRADECIMENTOS

A decisão de iniciar este percurso demorou...não foi uma decisão fácil, no entanto ainda bem que foi este o caminho escolhido. As novas experiências, as dificuldades e os desafios valeram a pena, o sentimento de gratificação e o crescimento pessoal e profissional obtidos é algo que se guarda para a vida. Por tudo isto, desde já o meu obrigado!

Obrigado...

Ao Professor Lino Ramos, pela paciência no esclarecimento de dúvidas, pela disponibilidade que sempre demonstrou e por desmontar os receios e inseguranças muitas vezes presentes e que foram surgindo ao longo desta caminhada.

À Enfermeira Cláudia Silva, a minha orientadora de estágio por ter estado presente sempre que precisei, pelas partilhas, pelas reflexões...por me ter “obrigado” a dar o melhor de mim.

Ao Enfermeiro Mário Rosmaninho, pelo incentivo, por acreditar e por ter feito o possível para “facilitar” este percurso, que muitas vezes, por se ser trabalhador estudante não é fácil.

Aos meus colegas de trabalho e de Mestrado, pela partilha de experiências, reflexões conjuntas e incentivo positivo, por me dizerem muitas vezes “tu consegues!”

Ao meu marido Emanuel e aos meus filhos Guilherme e Dinis, os amores da minha vida, um agradecimento especial, de coração, pelo incentivo e apoio dados, pelo tempo que despenderam a ouvir-me e a ler o que lhes pedi, pela compreensão das ausências, pela falta de disponibilidade para estar mais presente e ser a Catarina a que estavam habituados.

RESUMO

O presente relatório tem como finalidade divulgar o percurso realizado no estágio final e descrever reflexivamente a aquisição de competências no Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que incluiu realizar um projeto de intervenção.

Este projeto, foi elaborado de acordo com a metodologia de projeto, realizou-se uma Revisão Integrativa da Literatura e um Estudo Quantitativo para obter evidência científica acerca da temática trabalhada e elaborar uma proposta de apoio efetiva e adequada, aos cuidadores informais da pessoa com psicose.

O processo de desinstitucionalização da pessoa com doença mental, trouxe uma nova realidade ao exigir que os familiares assumam o papel de cuidadores informais, tarefa para a qual muitos não estão preparados. As intervenções psicoeducativas surgem como uma ferramenta passível de ser utilizada pelo enfermeiro para dar resposta às dificuldades e necessidades sentidas pelos os cuidadores.

As metodologias adotadas possibilitaram a concretização dos objetivos delineados para este relatório.

Palavras chave: Enfermagem psiquiátrica; Psicoeducação; Cuidador familiar; Psicose; Saúde mental

ABSTRACT

This report aims to disseminate the path taken in the final stage and reflectively describe the acquisition of skills in the Master's Degree in Mental Health and Psychiatric Nursing, which included carrying out an intervention project.

This project was elaborated according to the project methodology, an Integrative Literature Review and a Quantitative Study were carried out to obtain scientific evidence about the theme worked and to elaborate an effective and adequate support proposal, to the informal caregivers of the person with psychosis.

The process of deinstitutionalization of people with mental illness brought a new reality by demanding that family members assume the role of informal caregivers, a task for which many are not prepared. Psychoeducational interventions emerge as a tool that can be used by nurses to respond to the difficulties and needs felt by caregivers.

The methodologies adopted made it possible to achieve the objectives outlined for this report.

Keywords: Psychiatric nursing; Psychoeducation; Family caregiver; Psychosis; Mental health

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I – Síntese dos resultados e conclusões dos artigos selecionados para a revisão integrativa da literatura (RIL)

Apêndice II – Resumo do Artigo Científico “Principais dificuldades dos cuidadores informais da pessoa com doença mental grave”

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Processo de seleção de artigos a incluir na RIL - PRISMA 2020 Flow Diagram

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Patologia da pessoa cuidada

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Características gerais que definem as perturbações psicóticas

Tabela 2 – Metodologia PICO utilizada para a formulação da questão de investigação

Tabela 3 – Estrutura do programa de apoio ao cuidador informal da pessoa com psicose

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA - American Psychiatric Association

CADI – Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador

CI – Cuidador Informal

CIPE- Classificação Internacional para a Prática da enfermagem

CNS - Concelho Nacional de Saúde

DM – Doença Mental

DMG – Doença Mental Grave

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

ECI - Estatuto do Cuidador Informal

EDTBQ - Estudo Descritivo Transversal de Base Quantitativa

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Fi – Frequência absoluta

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

JBÍ- Joanna Briggs Institute

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

Índice

0. INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1.1. Saúde Mental	14
1.2. Doença Mental Grave.....	15
1.2.1 A pessoa com psicose	17
1.3. O Cuidador Informal no Cuidar da Pessoa com Doença Mental Grave	22
1.4. Psicoeducação ao Familiar / Cuidador Informal – Intervenção do EEESMP	24
1.5. Modelo de Sistemas de Betty Neuman	27
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO	30
2.1 Caracterização do Local de Estágio.....	30
2.2 Metodologia do Projeto	32
2.2.1 Diagnóstico da situação	33
2.2.2 Objetivos.....	36
2.2.3. Planeamento	37
2.2.4. Execução	55
2.2.5 Avaliação	60
2.2.6. Divulgação de Resultados	61
3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	63
3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	65
3.2 Competências Específicas do EEESMP	72
3.3 Competências de Mestre em Enfermagem	86
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
5. BIBLIOGRAFIA.....	93
APÊNDICES	99
Apêndice I – Síntese dos resultados e conclusões dos artigos selecionados para a RIL	100
Apêndice II – Resumo do Artigo Científico “Principais dificuldades dos cuidadores informais da pessoa com doença mental grave”	107

0. INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Mestrado foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular (UC) “Relatório” inserido no 6º Curso de Mestrado em Associação na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica promovido pelas Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde, nomeadamente entre o Instituto Politécnico de Setúbal (IPS) em associação com a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, o Instituto Politécnico de Beja, o Instituto Politécnico de Portalegre e o Instituto Politécnico de Castelo Branco.

O referido curso decorreu na Escola Superior de Saúde do IPS com a duração de 3 semestres, com início em setembro do ano letivo 2021/2022 e final previsto para junho de 2023.

O atual relatório foi elaborado de acordo com a metodologia de projeto e tem como finalidade divulgar o percurso realizado e as conclusões obtidas durante o estágio final que incluiu a elaboração de um projeto de intervenção. De acordo com Ruivo et al (2010, p.31) “a divulgação assegura o conhecimento externo do projeto e a possibilidade de discutir as estratégias adotadas na resolução do problema.”

Referimo-nos apenas a um estágio (estágio final), porque foi requerido o reconhecimento e validação de competências, o qual nos foi atribuído. O referido estágio foi realizado na consulta externa de um Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental de um hospital da região Sul do país.

De acordo com o Despacho n.º 11641/2014 (2014, p.24024) que regulamenta a Creditação de Unidades Curriculares do IPS, podemos ler na f), artigo 2º que se “Podem atribuir créditos pela experiência profissional devidamente comprovada, até ao limite de um terço do total dos créditos do ciclo de estudos.”

Tal como refere Benner (2001, p.12), “...a prática é em si mesma, um modo de se obter conhecimento.”

Assim sendo, e considerando que a experiência detida em Saúde Mental e Psiquiatria nos permitiu adquirir e desenvolver aptidões significativas nesta área, recorreremos ao processo de Creditação e Validação de Competências, no sentido de serem reconhecidas, validadas e creditadas as competências adquiridas em contexto profissional, objetivando a não realização do Estágio I. Para este efeito, foi elaborado e entregue um portefólio de competências desenvolvidas ao longo do percurso profissional e foi realizada uma entrevista que possibilitasse a avaliação das mesmas.

As atividades que constituíram o referido portefólio, e que contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), serão mencionadas no capítulo da análise reflexiva da aquisição e desenvolvimento das mesmas.

De referir que a experiência detida em saúde mental se deve ao facto de desempenharmos funções desde 1996, num serviço de internamento de psiquiatria de adultos em fase aguda.

A vida é feita de projetos e a partir do momento em que fazemos determinadas escolhas, sejam elas profissionais ou pessoais, estamos a projetar, a definir um percurso e a estabelecer o que queremos fazer. Muitas vezes os projetos partem de nós próprios, das experiências vividas, da análise que fazemos da realidade que nos rodeia, das necessidades que identificamos nos outros e das nossas necessidades pessoais e profissionais.

A temática em estudo e que motivou a realização do atual projeto, está diretamente relacionada com o facto de exercermos funções num serviço de internamento de psiquiatria de doentes adultos em fase aguda, local onde é frequente e faz parte da prática clínica enquanto enfermeiros, contactarmos com os familiares da pessoa com doença mental.

Nos momentos de interação junto dos familiares cuidadores, são várias as questões que estes colocam, dúvidas, receios, são manifestadas necessidades de diversas índoles, às quais se torna imperativo dar uma resposta atempada, adequada e eficaz.

Tendo por base esta vivência, a nossa escolha para objeto de análise está diretamente relacionada com as dificuldades / necessidades que os familiares cuidadores da pessoa com doença mental enfrentam, principalmente depois do processo de desinstitucionalização e inclusão social da pessoa com doença mental serem prioritários, e de que modo podemos intervir enquanto EEESMP, no sentido de os apoiar e capacitar na tarefa de cuidar do seu familiar

De acordo com o âmbito e temática deste relatório, foram delineados os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

Divulgar o percurso realizado, no que se relaciona com o projeto de estágio final e os resultados obtidos, em formato de relatório que será alvo de prova pública perante um júri.

Objetivos específicos:

Descrever de forma reflexiva e pormenorizada o processo de aquisição e desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do EEESMP e Competências de Mestre em Enfermagem.

Refletir sobre a importância das intervenções especializadas do EEESMP com os familiares cuidadores da pessoa com psicose.

Apresentar o projeto de intervenção no serviço, tendo por base a metodologia de projeto e baseado na evidência científica.

Apresentar a proposta de programa de apoio ao familiar cuidador da pessoa com psicose.

A metodologia utilizada foi a metodologia de projeto, que incluiu a realização de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) e um Estudo Descritivo Transversal de Base Quantitativa (EDTBQ), tendo-se aplicado um instrumento de colheita de dados – Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI) e um questionário de caracterização sociodemográfica da amostra.

O presente relatório encontra-se estruturado em 4 capítulos, nomeadamente, o enquadramento teórico que inclui os conceitos de saúde mental e de doença mental grave com ênfase na psicose, o papel do cuidador informal da pessoa com doença mental grave, a psicoeducação enquanto intervenção do EEESMP e o contributo teórico do modelo de sistemas de Betty Neuman. O segundo capítulo corresponde à apresentação do projeto de intervenção no serviço, desde a caracterização do local de estágio à descrição do trabalho realizado nas várias etapas da metodologia de projeto. No terceiro capítulo está esplanada a análise reflexiva da aquisição e desenvolvimento de competências e por último o quarto capítulo corresponde às considerações finais sobre o trabalho realizado e a análise da concretização dos objetivos propostos e resultados obtidos.

Este trabalho foi redigido de acordo com as diretrizes do Novo Acordo Ortográfico português e da norma da American Psychological Association – 7ª edição

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico resulta de um trabalho de pesquisa, cuja funcionalidade reside no facto de permitir alargar e facilitar a perspetiva de análise sobre determinados conceitos envolvidos no projeto, que consideramos serem importantes para o estudo e úteis na clarificação e enquadramento do problema de investigação. Para tal recorreremos à realização de uma pesquisa e revisão bibliográfica, baseada em artigos científicos, legislação e livros no âmbito da enfermagem.

1.1. Saúde Mental

A saúde mental é um elemento essencial para o bem-estar dos indivíduos, sendo fundamental a compreensão deste conceito por parte dos profissionais de saúde. Ao longo da história a definição dos conceitos de saúde e saúde mental sofreu variadíssimas alterações, relacionadas com o evoluir das práticas em saúde e com o contexto sociopolítico existente, principalmente no que se relaciona com as políticas de saúde mental.

No ano de 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental ou social e não apenas a ausência de doença ou de enfermidade (Sequeira & Sampaio, 2020).

Relativamente ao conceito de saúde mental Sequeira & Sampaio (2020, p.3) referem que “de acordo com a OMS (2014), a saúde mental é definida como um estado de bem-estar no qual cada pessoa concretiza o seu próprio potencial, consegue lidar com os usuais eventos de vida stressantes, consegue trabalhar de forma produtiva e frutífera, e está apta para dar contributos à sua comunidade.”

Num sentido mais abrangente, pode-se considerar que a saúde está presente quando a pessoa se consegue desenvolver de forma efetiva no contexto em que está inserida e de acordo com as diversas variáveis que existem (biológicas, psicológicas, sociais, culturais e ecológicas) e num sentido mais restrito a saúde mental é a capacidade que cada um tem em se relacionar de forma adequada com o outro, interagir com o meio ambiente de forma construtiva, gerir e resolver os seus conflitos internos e investir em realizações sociais (Sequeira & Sampaio, 2020).

De acordo com o descrito no Regulamento nº 356/2015 (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.17040) a saúde mental envolve “os recursos individuais, fatores predisponentes, fatores precipitantes atuais (acontecimentos de vida), fatores protetores ou de suporte (como o contexto familiar e social), bem como diversas consequências e resultados.”

A saúde mental vai permitir que o indivíduo adquira e desenvolva competências que aumentem a sua capacidade de contribuir para a família e para a sociedade, implica a existência de sentimentos de bem-estar e de controlo sobre os diversos acontecimentos de vida, autoestima, otimismo, sentido de autoeficácia e de coerência, capacidade de iniciar, desenvolver e manter relações interpessoais satisfatórias, capacidade de lidar com as adversidades e resiliência (OE, 2015, p.17040).

1.2. Doença Mental Grave

A doença mental (DM) tem sido interpretada de formas muito diversas e o seu conceito, tem sofrido uma grande evolução ao longo da história, o que tem acompanhado o próprio evoluir dos cuidados prestados à pessoa com DM. Qualquer comportamento diferente daquele que geralmente encontra no meio em que está inserido, constitui uma fonte de preocupação e de mal-estar para o ser humano e, infelizmente, as pessoas com DM pertencem a este grupo, que gera preocupação e desconforto nos outros, pelo que desde sempre foram estigmatizadas. O tratamento e os cuidados prestados a estas pessoas têm sido muitas vezes influenciados por falsas crenças e por significados que a sociedade atribui a estas perturbações que pouco ou nada têm a ver com a realidade. Felizmente, ainda que lentamente, o atendimento à pessoa com DM e o próprio conceito de DM, têm sofrido alterações e têm evoluído, na nossa opinião de forma muito positiva, o que tem contribuído para reduzir o estigma associado a esta doença.

Não é fácil encontrar um conceito universal de DM, pois são inúmeros os fatores, principalmente culturais, que influenciam esta definição, no entanto, e após o que lemos, consideramos que muitas das definições encontradas se completam entre si. Optámos por apresentar três conceitos de doença mental que consideramos que para além de se complementarem, demonstram a evolução do próprio conceito e da sua complexidade nos últimos 20 anos.

Neeb (2000, p.178) define a doença mental como “alteração da capacidade de pensar; alteração da capacidade de sentir; alteração da capacidade de fazer juízos críticos; dificuldade

ou incapacidade para lidar com a realidade; dificuldade ou incapacidade para estabelecer fortes relações pessoais.”

Townsend (2011, p.15) caracteriza a doença mental como “respostas mal- adaptativas aos agentes stressores do ambiente externo ou interno, evidenciadas por pensamentos, sentimentos e comportamentos incongruentes com as normas locais e culturais e que interfere com o funcionamento social, ocupacional e/ou físico do indivíduo.”

Sequeira & Sampaio (2020, p.4), definem doença mental como sendo “um estado de desequilíbrio entre o ambiente e os sistemas biopsicológicos e socioculturais, implicando na pessoa doente, a incapacidade de exercer os seus papéis (familiares, laborais e/ou comunitários).”

Quanto mais grave for a DM, maior será a incapacidade funcional da pessoa, podendo surgir alterações profundas do seu funcionamento e autonomia em diversas áreas da sua vida.

Tal como referido no Decreto-Lei nº8/2010 (Ministério da Saúde, 2010, p.258) considera-se a doença mental grave (DMG) como a “doença psiquiátrica, que pelas características e evolução do seu quadro clínico, afeta de forma prolongada ou contínua a funcionalidade da pessoa.” A capacidade funcional da pessoa com DMG, está diretamente relacionada com a incapacidade psicossocial que se instala com o evoluir da própria doença. Ainda de acordo com este Decreto Lei (p.258), entende-se incapacidade psicossocial como “a situação objetiva de redução total ou parcial da capacidade da pessoa com doença mental grave para desempenhar as atividades da vida diária, no contexto social, familiar e profissional.”

A incapacidade psicossocial pode ter atribuído o grau reduzido (limitações cognitivas ligeiras, com necessidade de supervisão na gestão da medicação e do dinheiro e organização periódica da vida social e relacional, sendo a pessoa autónoma nas restantes áreas), grau moderado (limitações cognitivas medianas, com necessidade de supervisão regular nas atividades de vida diária, incluindo higiene, alimentação e atividades domésticas, bem como da gestão do dinheiro e medicação; com dificuldades relacionais significativas) ou grau elevado (limitações cognitivas graves, com necessidade de apoio nas atividades de vida diária, incluindo higiene, alimentação e atividades domésticas, gestão do dinheiro e medicação; com dificuldades relacionais acentuadas e reduzido papel na comunidade; incapacidade em reconhecer situações de perigo e delinear ações preventivas de segurança para o próprio e para os outros) (Ministério da Saúde, 2010, p.258).

O Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave (OE, 2021), aconselha como definição de

DMG a definição de Ruggeri et al (2000), uma definição bidimensional que inclui a duração da doença (contacto com o serviço de saúde há pelo menos 2 anos) e o comprometimento da funcionalidade (nível de incapacidade social, familiar e laboral da pessoa). Esta definição inclui todas as formas de doença mental, incapacitantes e com impacto nas necessidades de saúde da pessoa. Ainda de acordo com este guia é possível recorrer a escalas que vão permitir avaliar a capacidade funcional, como por exemplo escalas de avaliação de funcionamento global, escalas com avaliações multidimensionais e ainda escalas de avaliação da qualidade de vida.

1.2.1 A pessoa com psicose

A Psicose é considerada como sendo uma das doenças mentais mais graves, pela incapacidade psicossocial que pode provocar no indivíduo, tendo um forte impacto na sua vida e na vida dos seus familiares ou cuidadores.

Townsend (2011, p.508), refere que psicose é “uma condição mental grave na qual existe uma desorganização da personalidade, deterioração do funcionamento social e perda do contacto com a realidade ou distorção da mesma. Podem existir evidências de alucinações e pensamento delirante. A psicose pode ocorrer com ou sem limitações orgânicas.”

De acordo com Coentre & Levy (2020) a prevalência das psicoses é de 3% a 4%, e estes transtornos, por norma, iniciam-se no final da adolescência e primeiros anos da idade adulta. Ainda segundo estes autores, mais de 65% dos casos surgem antes dos 35 anos.

No Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais, da American Psychiatric Association (APA, 2014), observamos que estão identificadas as seguintes perturbações psicóticas: transtorno da personalidade esquizotípica (inclui um padrão de défices sociais e interpessoais, com reduzida capacidade para relações próximas, distorções cognitivas e preceptivas e excentricidades comportamentais), transtorno delirante (caracterizado por pelo menos um mês de delírios), transtorno psicótico breve (dura mais de um dia e remite num mês), transtorno esquizofreniforme (dura menos de seis meses e não se verifica declínio funcional), esquizofrenia (dura pelo menos seis meses e inclui um mês de sintomas da fase ativa), transtorno esquizoafetivo (um episódio de alterações de humor e sintomas da fase ativa da esquizofrenia ocorrem concomitantemente, tendo sido antecédidos ou seguidos de pelo menos duas semanas de delírios ou alucinações sem sintomas proeminentes de humor), transtorno psicótico induzido por consumo de substâncias ou medicação e transtorno psicótico devido a outra condição médica.

As perturbações psicóticas caracterizam-se por um conjunto de sinais e sintomas que podem estar presentes nos transtornos descritos anteriormente e que se definem pela presença de alterações num ou mais dos seguintes domínios: delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos (APA, 2014), que apresentamos na tabela 1.

Tabela 1 – Características gerais que definem as perturbações psicóticas

Delírios
Os delírios são falsas crenças pessoais, inconsistentes com a inteligência ou cultura da pessoa. O indivíduo mantém a sua crença / convicção, apesar de provas claras de que esta é falsa ou irracional. A argumentação lógica não desempenha nestas situações qualquer papel. Os delírios podem incluir uma variedade de temas e subdividem-se de acordo com o seu conteúdo: persecutório, de referência, de grandeza, erotomaniaco, niilista, somático, religioso, de controlo, paranoide, mágico: ➤ Delírios persecutórios: o indivíduo acredita que irá ser prejudicado, por outra pessoa, organização ou grupo, são os mais comuns; ➤ Delírios de referência: também são comuns, o indivíduo acredita que gestos, comentários e estímulos ambientais, são dirigidos à sua própria pessoa; ➤ Delírios de grandeza: o indivíduo crê que tem habilidades excepcionais, riqueza ou fama, tem um sentimento exagerado de importância e poder; ➤ Delírios erotomaniacos: o indivíduo acredita que outra pessoa está apaixonada por ele; ➤ Delírios niilistas: o indivíduo tem a convicção de que vai ocorrer uma grande catástrofe; ➤ Delírios somáticos: o indivíduo tem uma preocupação constante referente à sua saúde, ao funcionamento do seu corpo e à função dos órgãos; ➤ Delírios de controlo: o indivíduo crê que pessoas e objetos controlam o seu comportamento; ➤ Delírios religiosos: o indivíduo demonstra de forma excessiva ideias e comportamentos religiosos; ➤ Delírios paranoides: o indivíduo tem uma desconfiança extrema das intenções e ações das outras pessoas; ➤ Delírios mágicos: o indivíduo acredita que através dos seus pensamentos e comportamentos consegue controlar situações e pessoas;
Alucinações

As alucinações são alterações da percepção, falsas percepções, que surgem sem ocorrer um estímulo externo, que podem envolver qualquer um dos cinco sentidos e que o indivíduo não controla de forma voluntária.

As alucinações dividem-se de acordo com a modalidade sensorial envolvida.

- Alucinações auditivas: são as alucinações mais comuns, o indivíduo ouve vozes (familiares ou não), ruídos ou outros sons. Podem surgir vozes de comando que ordenam ao indivíduo para fazer mal a si próprio ou a terceiros;
- Alucinações visuais: o indivíduo tem falsas percepções visuais que podem surgir sob a forma de pessoas, imagens, luzes, etc;
- Alucinações tácteis: o indivíduo tem falsas percepções ao nível do sentido do tato, sentindo algo sobre ou sob a sua pele, como por exemplo sensação de formigueiro ou de algo a rastejar pelo seu corpo;
- Alucinações gustativas: o indivíduo tem falsas percepções ao nível do paladar, sendo as mais comuns os sabores desagradáveis;
- Alucinações olfativas: o indivíduo tem falsas percepções ao nível do olfato;

Pensamento desorganizado

A desorganização do pensamento pode ser depreendida através do discurso do indivíduo. Pode existir um descarrilamento ou afrouxamento das associações que ocorre quando o indivíduo muda rapidamente de um tema para outro, ou, tangencialidade que acontece quando as respostas estão relacionadas em apenas alguns aspetos com as questões colocadas ou até não têm relação nenhuma. Para ser considerado sintoma, a desorganização do pensamento deve ser suficientemente grave de tal forma que prejudique e comprometa a comunicação efetiva.

Comportamento motor grosseiramente desorganizado (incluindo catatonia)

Este género de comportamento pode-se manifestar de diversas formas que incluem quer um comportamento infantil, quer uma agitação imprevisível. Estas alterações podem surgir a qualquer momento, o que causa sérias dificuldades na realização das tarefas quotidianas.

A catatonia é um comportamento que se caracteriza pela diminuição na reação ao meio ambiente, desde o negativismo (resistir a determinadas instruções) até ao mutismo e estupor (ausência de respostas verbais e motoras, postura rígida e inapropriada). O comportamento catatónico pode abranger excitação excessiva, movimentos estereotipados repetidos, olhar fixo, caretas, mutismo e eco da fala.

Sintomas negativos

Os sintomas negativos consistem numa combinação de sintomatologia que acompanham o evoluir da doença e que traduzem uma incapacidade ao nível da motivação, das emoções, do discurso, do pensamento e das relações interpessoais:

- Diminuição da expressão emocional: inclui diminuição das expressões faciais, diminuição do contacto visual, prosódia (alteração ao nível da entoação da fala) e redução ao nível dos movimentos das mãos, da cabeça e da face, que por norma conferem ênfase emocional ao discurso;
- Avolia: diminuição da motivação e pouco interesse para realizar atividades quer profissionais quer sociais;
- Alogia: redução ao nível do débito do discurso;
- Anedonia: o indivíduo vê a sua capacidade de ter prazer diminuída, podendo inclusive existir um desgaste nas recordações vividas anteriormente e que proporcionaram prazer;
- Falta de socialização: indivíduo não demonstra interesse em estabelecer interações sociais.

(Afonso, 2017; APA, 2014; Townsend, 2011)

Relativamente à etiologia da psicose, considera-se dado a sua complexidade, que terá uma etiologia multifatorial, existindo um conjunto de fatores predisponentes que podem conduzir ao desenvolvimento da perturbação. Usualmente estes fatores predisponentes estão associados em três categorias: biológica, psicológica e ambiental (Townsend, 2011).

Os fatores biológicos incluem aspetos relacionados com a genética (familiares de indivíduos com psicose têm uma probabilidade maior de apresentar a doença que a população em geral), com a bioquímica (hipótese associada aos neurotransmissores envolvendo a dopamina, a serotonina, o glutamato e o ácido gama-aminobutírico) e com a fisiologia (infecções virais, anomalias anatómicas e algumas situações físicas como por exemplo epilepsia, doença de Huntington e tumor cerebral) (Townsend, 2011; Afonso 2017).

Os fatores psicológicos relacionam-se essencialmente com as relações familiares existentes, com sistemas familiares disfuncionais, no entanto estas teorias psicológicas, têm falta de suporte científico e atualmente já não têm credibilidade (Townsend, 2011).

No que se relaciona com os fatores ambientais surgem as complicações obstétricas e perinatais, infeções maternas principalmente no segundo trimestre da gravidez, malnutrição materna, nascimento durante o inverno, consumo de drogas, meio urbano e migração (Afonso, 2017).

A intervenção precoce na psicose assume um papel fundamental na medida em que vai permitir melhorar o mau prognóstico associado a esta doença. Intervenções terapêuticas que promovam a funcionalidade da pessoa e diminuam a instalação e o desenvolvimento de incapacidades são essenciais, principalmente no chamado “período crítico” (período que corresponde entre dois a cinco anos após o primeiro episódio psicótico). É nesta fase que sucede uma maior detioração da capacidade psicossocial do indivíduo, seguindo-se uma certa estabilidade (Coentre & Levi, 2020).

De acordo com Levy & Coentre (2017), os indivíduos a quem foi diagnosticado um transtorno psicótico, por norma revelam pouco insight e má adesão ao tratamento, sendo que 70% abandonam o mesmo, num período de dois anos. Assim observamos que é fundamental a existência de um plano terapêutico individualizado, com o envolvimento familiar em todo o processo terapêutico de forma a contribuir para a manutenção do mesmo.

Ao falarmos de tratamento nas perturbações psicóticas, é inevitável falarmos das diferentes formas de intervenção coadjuvantes, ou seja, uma intervenção psicofarmacológica e uma intervenção não farmacológica baseada em intervenções psicológicas e psicossociais (Levy & Coentre, 2017).

A psicofarmacoterapia tem por base a utilização de antipsicóticos, sendo fundamental explicar e discutir com o doente e família os efeitos secundários dos mesmos, nomeadamente alguns dos sintomas extrapiramidais (tremores, inquietude, acatisia, dificuldades de deglutição, alterações oculares, etc....). Para além dos antipsicóticos e de acordo com as características da perturbação psicótica, pode ser necessário utilizar concomitantemente estabilizadores de humor, benzodiazepinas e mesmo antidepressivos. A eletroconvulsivoterapia pode ser considerada se a psicofarmacoterapia não demonstrar eficácia (Levy & Coentre, 2017).

Relativamente à abordagem não farmacológica existem diversas intervenções, como terapia individual (orientada para a realidade, com o objetivo de diminuir a ansiedade e aumentar a confiança), terapia de grupo (mais útil no pós alta, promove interação social, um sentimento de coesão e permite a observação em contexto de grupo), terapia comportamental (útil, na ajuda prestada aos indivíduos na modificação de comportamentos), treino das competências sociais (através da representação de papéis que envolvem situações reais breves, que sejam relevantes para as atividades de vida diária), tratamento social (Milieu Therapy – é dado ênfase à interação social e de grupo, sendo os pares a exercer uma certa pressão para a normalização da adaptação às regras e expectativas), terapia familiar (psicoeducação dirigida à família com foco na resolução de problemas específicos e formas de ajuda para lidar com o stress

através de mecanismos de coping eficazes, com o objetivo de prevenir recaídas do indivíduo e o adoecer do cuidador) e tratamento comunitário assertivo (programa de gestão de casos, multidisciplinar que envolve um tratamento, reabilitação e apoio, com base na comunidade onde o indivíduo está inserido) (Townsend, 2011).

Ainda no que concerne aos tratamentos psicossociais, Levy & Coentre (2017), salientam a psicoeducação ao doente e família (informar sobre a doença, sintomas, evolução da mesma, tratamento, importância do não consumo de substâncias e possíveis dificuldades de funcionamento), a terapia cognitivo-comportamental (integração no processo terapêutico, estratégias de coping, prevenção de recaída e tratamento de sintomas) e as intervenções familiares (com o foco de reduzir a disfunção familiar, auxiliar na adaptação à doença e diminuir a sobrecarga causada pela mesma).

Concluimos que a psicose é um transtorno complexo, cujas manifestações clínicas e grau de incapacidade psicossocial variam de pessoa para pessoa. Compete aos EEESMP estarem despertos e preparados para satisfazer as dúvidas, anseios e necessidades que esta doença origina junto dos portadores, familiares e cuidadores de forma a melhorar o prognóstico e a qualidade de vida do próprio e de quem o rodeia / cuida.

1.3. O Cuidador Informal no Cuidar da Pessoa com Doença Mental Grave

As recomendações da ONU e da OMS relativamente à organização dos serviços de saúde mental, vão no sentido de dar prioridade à prestação de cuidados a nível da comunidade, num meio o menos restrito possível, dando ênfase à reabilitação psicossocial e aos cuidados prestados em centros de dia ou outras estruturas adequadas ao grau de autonomia dos doentes, com o objetivo de diminuir o afastamento dos indivíduos das suas casas e facilitar a sua inserção social e reabilitação (Ministério da Saúde, 2008).

Perante esta nova realidade é possível observar que os cuidadores informais (CI) têm vindo a desempenhar um papel de extrema importância na continuação da prestação de cuidados à pessoa com DM, bem como na sua recuperação, sendo que o grau de dependência da pessoa cuidada, vai determinar a maior ou menor exigência feita ao cuidador.

Em Portugal, surge em setembro de 2019 uma Lei (Lei nº 100/2019), que aprova o Estatuto de Cuidador Informal (ECI), preenchendo desta forma uma lacuna há muito existente. Esta Lei veio regulamentar os direitos e os deveres quer do CI, quer da pessoa que é cuidada,

bem como estabelecer as medidas de apoio a que mesmas têm direito (Assembleia da República, 2019).

O ECI reconhece dois tipos de cuidador: o cuidador informal principal e o cuidador informal não principal. Sendo estabelecido em Assembleia da República (2019, p.9), pela Lei nº 100/2019 que se considera “cuidador informal principal o conjugue ou unido de facto, parente ou afim até ao 4º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada” e “cuidador informal não principal o conjugue ou unido de facto, parente ou afim até ao 4º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha ou cuida desta de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada”. Em 2022, foi publicada em Diário da República (DR), Decreto Regulamentar nº 1/2022 de 10 de janeiro, a regulamentação específica que estabelece quais os termos e as condições para se ser reconhecido como cuidador informal, assim como as medidas de apoio a que estes têm direito (Presidência do Conselho de Ministros, 2022).

São vários os autores que consideram que relativamente aos cuidadores informais, existe realmente um cuidador principal, responsável pelos cuidados prestados. De acordo com Figueiredo (2007) e Sequeira (2010), o cuidador informal principal é o responsável pela prestação de cuidados na íntegra, ao nível da supervisão, orientação e acompanhamento da pessoa cuidada, sendo quem realiza a generalidade dos cuidados, podendo, no entanto, existir cuidadores secundários que prestam cuidados complementares, de forma ocasional e cuja responsabilidade é menor.

Ser CI de um familiar dependente pressupõe a realização de um conjunto de atividades, desde as mais simples às mais complexas, onde se inclui o auxílio nas tarefas domésticas, nas deslocações para fora de casa, nas várias atividades de vida diária (alimentação, higiene, vestuário, deambulação, etc....), gestão do dinheiro, gestão da medicação e supervisão da toma da mesma, resolução de situações de conflito, ajudar na interação com os outros, disponibilidade e tempo (Ferré-Grau & Sequeira, 2020).

Deste modo percebemos que cuidar da pessoa com dependência psicossocial e física, é uma tarefa complexa, que causa desgaste e que exige responsabilidade, sendo que quanto mais prolongado no tempo for o ato de cuidar e o evoluir da DM, mais é exigido ao CI. Tal como referem Sousa et al (2020, p.162) “O desempenho prolongado do papel de cuidador ou a

prestação de tarefas complexas de cuidados implica sobrecarga física, psicológica, emocional e socioeconómica.”

Seguindo esta linha de pensamento, torna-se crucial que os CI sejam eles próprios alvo de cuidados, de forma a manter o seu bem-estar emocional e a qualidade dos cuidados prestados, percebendo-se assim que o papel do EEESMP é fundamental na intervenção com estes. Tal como referido no Regulamento nº 515/2018 (OE, 2018), uma das competências específicas do EEESMP consiste em assistir não só a pessoa ao longo do ciclo de vida, mas também a família, grupos e comunidade de forma a promover e proteger a saúde e prevenir a perturbação mental.

De referir que relativamente às medidas de apoio aos CI estabelecidas no Decreto Regulamentar nº 1/2022 (Presidência do Conselho de Ministros, 2022), para além da atribuição de um subsídio, salientamos o artigo 11º que preconiza a existência de profissionais de referência da saúde, o artigo 12º que preconiza a criação de um plano de intervenção específico e dirigido, o artigo 13º que refere o direito do CI ter acesso a grupos de autoajuda, o artigo 14º que menciona que ao CI devem ser asseguradas as formações e informações necessárias e adequadas, o artigo 15º que refere a importância de existir apoio psicossocial e o artigo 16º que menciona o direito ao descanso do cuidador.

1.4. Psicoeducação ao Familiar / Cuidador Informal – Intervenção do EEESMP

De acordo com o panorama atual e com o exposto anteriormente, percebe-se que cada vez mais os EEESMP têm como objeto dos seus cuidados os CI, emergindo assim a pertinência de uma intervenção familiar. O Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) da Ordem dos Enfermeiros (2018. P.6), refere que “As intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (...), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família.”

Neste sentido as intervenções dos EEESMP junto dos familiares cuidadores assumem um papel essencial no que se relaciona com promover a saúde mental dos mesmos e diminuir a sobrecarga sentida (Pinho, 2020).

Uma das ferramentas que o EEESMP pode utilizar na sua intervenção com os familiares / CI é a psicoeducação. Tal como descrito no Regulamento nº 515/2018 (OE, 2018, p.21427), uma das competências específicas do EEESMP é que este “Presta cuidados psicoterapêuticos, socio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.”

No Regulamento nº 365/2015 referente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Especializados em Enfermagem de Saúde mental, podemos observar que a psicoeducação deve ser entendida como uma forma específica de educação, com a finalidade de auxiliar pessoas com DM de maneira a proporcionar a compreensão e aprender estratégias para lidar com as doenças mentais e os seus efeitos. De forma a que os indivíduos e a sua rede de suporte sejam capazes de desenvolver planos para prevenir recaídas e estratégias de gestão da doença (OE, 2015).

A psicoeducação não se limita à transmissão de informação, é sim uma intervenção de capacitação relativamente ao problema de saúde, com o objetivo de ajudar na compreensão da doença, de forma a alterar comportamentos e a desenvolver estratégias de adaptação e resolução de problemas, minimizando desta forma o impacto que o decurso da doença tem no quotidiano do próprio e de quem o rodeia. Esta intervenção é essencial para a adoção de comportamentos adequados à prevenção e manutenção da saúde mental, sendo sempre utilizada como parte integrante de um plano terapêutico (OE, 2021).

Tal como refere Pinho (2020, p.52) a psicoeducação familiar tem como principais objetivos “Dar a conhecer aos membros da família o processo de doença e mudar comportamentos na forma de lidar com a mesma, ajudando na resolução de problemas, bem como diminuir o stress familiar e providenciar suporte social”. Ainda segundo esta autora (2020, p.52), “A psicoeducação familiar tem demonstrado eficácia na redução da sobrecarga e emoção expressa dos familiares da pessoa com doença mental.”

Pinho (2020), refere que dos programas de psicoeducação familiar deve constar informação relativa à doença (causa, sintomas, tratamento e evolução) e devem ser ensinadas e treinadas com os familiares / CI estratégias para lidar com a pessoa com DM. Temas como a identificação de sinais precoces de crise e a importância da adesão terapêutica devem constar destes programas, sendo que o fornecimento de informação relativa aos recursos existentes na comunidade também deve ocorrer (Pinho, 2020).

Segundo Pfammatter et al (2012, p.11) “As intervenções psicoeducativas e centradas na gestão da doença desenvolvidas com famílias, individualmente ou em grupo, e como complemento ao tratamento farmacológico, produzem uma maior adesão à medicação, uma diminuição mais acentuada da comunicação hostil e crítica e dos níveis de emoção expressa na família (...) resultam ainda na redução da taxa de recidiva e de reinternamento.”

Relativamente às intervenções psicoeducativas existem diversos tipos de abordagem: abordagem unifamiliar (a família é acompanhada individualmente), abordagem multifamiliar (realizadas sessões de grupo com várias famílias onde pode estar incluída a pessoa com a DM) e abordagem bimodal (são constituídos dois grupos, um de familiares e outro com as pessoas com DM) (Pinho, 2020).

No entanto, independentemente do tipo de abordagem, a realização de uma intervenção psicoeducativa com familiares / CI implica uma conduta ao qual o EEESMP deve estar atento, e que inclui explicar em que consiste a intervenção e os objetivos da mesma, obtenção do consentimento informado, preparação e organização de cada sessão de acordo com as temáticas que vão ser abordadas e avaliação da família (stress; sobrecarga; dificuldades), antes e após a intervenção através da aplicação de escalas ou de questionários (Pinho, 2020).

Amaral et al (2020) definiram um “procedimento padrão” relativamente às intervenções psicoeducacionais. No que concerne à tipologia estes autores referem que as sessões devem ter a duração de 45 a 90 minutos, sendo a duração do programa três a seis semanas (uma a duas sessões por semana); devem existir três momentos de avaliação (inicial, final e follow up); as sessões podem ser individuais ou de grupo (ter em atenção que os grupos devem ser homogêneos); os recursos possíveis vão desde mesa e cadeiras, a panfletos, computador, projetor e material didático adaptado ao tema.

Amaral et al (2020), preconizam que relativamente às intervenções psicoeducativas estas sejam compostas por quatro fases:

- Fase 1: preparatória, acontece antes da intervenção propriamente dita (é importante determinar a motivação do participante para apreender a informação, propor a intervenção e explicar os objetivos da mesma, estabelecer um contrato terapêutico e obter o consentimento informado, promover a expressão das expectativas relativamente ao programa e informar qual a data e o horário da realização da primeira sessão; nesta fase é importante o participante entregar ao formador por escrito as necessidades educacionais que identificou).

- Fase 2: exploratória, que corresponde à sessão 1 (deve ser clarificado o motivo e o objetivo da intervenção de acordo com os temas, a frequência e a duração do programa e de cada sessão; programar a realização das intervenções de acordo com as necessidades identificadas, efetuar reforço positivo, esclarecer crenças e valores relacionados com saúde, informar qual a data e o horário próxima sessão; nesta fase devem ser delineadas estratégias para avaliar os resultados obtidos).
- Fase 3: educacional, que corresponde à sessão 2 e seguintes (identificar o tema e os objetivos a serem alcançados na sessão, apresentar os conteúdos relativos ao tema, fomentar a expressão de dúvidas e esclarecer o que for necessário, avaliar o trabalho desenvolvido e obter feedback, informar qual a data e o horário próxima sessão; a partir desta fase devem-se implementar os conhecimentos obtidos).
- Fase 4: conclusão, que corresponde à última sessão (deve ser avaliado o trabalho desenvolvido e obter feedback sobre a intervenção, deve ocorrer a separação física e orientação para os recursos existentes na comunidade).

É através da implementação de intervenções psicoeducativas e do desenvolvimento e reflexão acerca das suas vivências, conhecimentos e capacidades de cariz terapêutico que o EEESMP mobiliza as competências necessárias que vão contribuir para promover e proteger a saúde mental.

1.5. Modelo de Sistemas de Betty Neuman

A análise das teorias de enfermagem e a compreensão do seu significado, permite a sua utilização na prática profissional dos enfermeiros. Esta utilização, vai possibilitar, o desenvolvimento e aplicação do raciocínio clínico, permitir uma intervenção terapêutica centrada na pessoa, no processo de recuperação e nas suas necessidades individuais, com o foco de a capacitar para as tomadas de decisão.

Tal como refere McEwen & Wills (2007, p. 50) “O uso da teoria oferece estrutura e organização ao conhecimento de enfermagem e proporciona um meio sistemático de coletar dados para descrever, explicar e prever a prática (...) As teorias tornam a prática de enfermagem mais declaradamente determinada, afirmando não apenas o foco dessa prática, mas as metas e os resultados específicos.”

Sendo o contexto deste trabalho o cuidador da pessoa com doença mental, e considerando a doença mental como um fator stressante e de desequilíbrio, optámos por recorrer ao Modelo de Sistemas, de Betty Neuman, cujo foco são as necessidades humanas de proteção e alívio de stress. De acordo com esta teoria **as intervenções de enfermagem** podem conduzir à identificação dos problemas de forma a atenuar os seus efeitos e assim proporcionar uma situação de equilíbrio para o ser humano, estando o conceito de prevenção contemplado como intervenção (McEwen & Wills, 2007).

De acordo com o Modelo de Sistemas de Betty Neuman **a pessoa** é considerada enquanto cliente ou sistema e pode apresentar-se como sendo um indivíduo, uma família, um grupo, uma comunidade ou uma questão social; como sendo um sistema aberto em interação recíproca com o ambiente estando em constante mudança; como sendo composta pela inter-relação existente entre fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento (Freese, 2004).

Segundo esta teoria, **o ambiente** engloba todos os fatores internos e externos que rodeiam ou interagem com a pessoa, produzindo tensão. Neuman, definiu três ambientes relevantes: interno (intrapessoal, contido no cliente), externo (existe fora do sistema do cliente) e criado (concebido pelo cliente como resposta aos agentes stressores de forma a manter a integridade e o equilíbrio do sistema – coping protetor). Os agentes stressores são descritos como forças ambientais que vão interagir com o sistema podendo alterar a estabilidade do mesmo (Freese, 2004).

Neuman, perceciona **a saúde** como sendo um contínuo do bem-estar ao mal-estar, de natureza dinâmica e que está permanentemente sujeito a alterações devido às interações constantes entre o cliente e o ambiente. Quando o cliente consegue satisfazer as suas necessidades, manter o equilíbrio e integridade do sistema, atinge um nível adequado de saúde. Quando as necessidades não são satisfeitas surge o desequilíbrio entre o cliente e o sistema originando a doença, que se traduz pela desarmonia entre as diversas partes do mesmo (Freese, 2004).

Segundo este modelo, cada cliente desenvolveu ao longo do tempo um conjunto próprio de respostas ao ambiente que se designa como linha de defesa normal, que traduz um estado de estabilidade e nível de saúde adequados. Esta linha funciona como padrão para avaliar desvios do habitual bem-estar. Este modelo preconiza ainda, a existência de mais duas linhas: a linha de defesa flexível (que vai envolver e proteger a linha de defesa normal da invasão por stressores) e a linha de resistência (representam os fatores de recurso / proteção quando os

stressores penetram na linha de defesa normal, originando sintomatologia reativa) (Freese, 2004; McEwen & Wills, 2007).

No âmbito das intervenções de enfermagem, Neuman preconiza que estas podem ocorrer quer antes quer depois das linhas de defesa ou de resistência do sistema serem atravessadas, identificando três níveis de intervenção: primária (inclui a promoção da saúde e deve ocorrer quando se suspeita ou identifica um stressor, ainda antes do sistema reagir), secundária (ocorre após surgirem sintomas de stress, inclui o tratamento com base nos sintomas apresentados) e terciária (ocorre após o tratamento, existe uma avaliação do tratamento realizado com vista a fortalecer a resistência do sistema através dos recursos existentes) (Freese, 2004; McEwen & Wills, 2007).

Assim, de acordo com o Modelo de Sistemas de Betty Neuman e tal como referem McEwen & Wills (2007, p.177), “Na componente da enfermagem, a principal preocupação é manter a estabilidade do sistema do paciente, pela investigação minuciosa dos stressores ambientais e de outros stressores, e do auxílio a ele para manter a saúde ideal.”

A pertinência da escolha deste modelo conceptual está diretamente relacionada com os pressupostos do mesmo, que consideramos que destacam os efeitos de fatores stressores no equilíbrio da pessoa e a importância da atuação do enfermeiro ao nível dos vários níveis de prevenção.

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO

O presente projeto foi elaborado de acordo com as necessidades formativas e com as expectativas pessoais e profissionais existentes, atuais e futuras, constituindo um guia orientador das aprendizagens e desempenho. São vários os projetos que vão surgindo ao longo da nossa vida, nos quais, de uma forma ou de outra nos envolvemos e participamos.

Iniciar um projeto pressupõe desejo de mudança, pressupõe investigação e intervenção sustentadas em evidência científica, estabelecendo-se desta forma uma ponte entre a teoria e a prática, surgindo a aplicação dos conhecimentos teóricos à realidade concreta (Ruivo et al, 2010).

Segundo Ruivo et al (2010, p.4), “O projeto é assim um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver / estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o irão realizar.”

Ainda de acordo com estes autores, “O trabalho de projeto tem como objetivo central a análise e a resolução de problemas em equipa, através de diversas técnicas que permitem a recolha, obtenção e a análise de informação.” (2010, p.4)

A inquietação ou desejo de mudança que estiveram na origem da escolha da temática deste projeto, tal como já foi referido anteriormente, está diretamente relacionada com as experiências vividas em contexto profissional. Através do contacto mantido com os familiares cuidadores da pessoa com doença mental é possível perceber a incapacidade ou preparação inadequada dos mesmos perante a exigência do cuidar.

Surge assim a necessidade e motivação de elaborar um projeto capaz de responder às necessidades das famílias / cuidadores informais da pessoa com DMG, após esta ter alta para o domicílio.

2.1 Caracterização do Local de Estágio

O referido projeto será desenvolvido na Consulta Externa de Psiquiatria, integrada no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) de um hospital da região sul do país, pelo que consideramos pertinente fazer a caracterização deste serviço.

O referido hospital, foi inaugurado em 1959 sob a direção da Santa Casa da Misericórdia, mais tarde, em 1985, foram abertas as atuais instalações.

O DPSM surgiu após a integração dos centros de saúde mental nos hospitais em 1992, sendo constituído pelo Serviço de Internamento de Psiquiatria, Consulta Externa de Psiquiatria e Hospital de Dia da Infância e Adolescência. Tratando-se de um departamento com uma dinâmica própria, o DPSM que está vocacionado para o atendimento da pessoa com doença mental, inscrevendo como principal objetivo:

“A prevenção da doença mental, intervenção na crise e facilitar a reintegração do doente na comunidade”

Para atingir este objetivo, desde o momento do acolhimento até à alta ou transferência do doente, o enfermeiro desenvolve um conjunto de práticas do cuidar, integrando e articulando com uma equipa multidisciplinar, que inclui psiquiatras, psicólogos, assistentes operacionais, administrativos, assistente social e terapeuta ocupacional. Sempre que é necessário e que se justifique esta articulação é feita com outras instituições inseridas na comunidade.

As atividades de enfermagem desenvolvidas neste serviço são as que estão definidas e previstas pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Tem como missão prestar cuidados a doentes do foro psiquiátrico em ambulatório, de forma programada e estruturada sendo que estes são encaminhados pelos Centros de Saúde, Serviço de Urgência e Serviço de Internamento de Psiquiatria.

Na Consulta Externa de Psiquiatria, local onde foi realizado o estágio final, além das consultas de psiquiatria, psicologia e terapia ocupacional, são realizadas várias atividades do âmbito das intervenções de enfermagem especializada, das quais destacamos:

- Consultas de enfermagem psiquiátrica que incluem, consultas de follow-up (pós internamento e pós soroterapia).
- Entrevistas para fomentar a adesão terapêutica (contactos telefónicos semanais com os utentes ausentes aos injetáveis de longa duração em tratamento voluntário ou compulsivo).
- Programa psicoeducativo de apoio e suporte à saúde mental (dirigido aos utentes com DMG).
- Programa de soroterapia (entrevistas de acolhimento, entrevistas de ajuda, intervenções psicoterapêuticas).
- Entrevistas de aconselhamento de enfermagem.

- Preparação de terapêutica oral semanal.
- Contatos telefónicos com instituições de apoio.
- Aconselhamento como intervenção planeado e estruturada como prolongamento das consultas telefónicas.
- Administração de injetável de longa duração que inclui, entrevista clínica de enfermagem psiquiátrica; administração da referida medicação; avaliação de sinais vitais, peso e perímetro abdominal.
- Visitas domiciliárias.
- Reuniões mensais com os centros de saúde da área assistencial.

Ao longo do estágio final, tivemos oportunidade de participar em várias das atividades enumeradas anteriormente, no entanto estas serão abordadas especificamente no capítulo 3, cuja temática é o desenvolvimento e aquisição de competências.

Consideramos pertinente referir que é essencial, tendo como foco a autonomia da pessoa com DMG, que esta tenha um acompanhamento de forma contínua sendo que este, pode e deve ser realizado pelo EEESMP no contexto de uma consulta externa com o intuito de promover a capacitação da pessoa e dos CI de modo a assegurar que o seu processo de reabilitação seja eficaz, bem como, transmitir apoio profissional especializado ao longo das diversas fases da doença. Pretende-se desta forma facilitar a reabilitação psicossocial e a prevenção de recaídas (OE, 2021).

De acordo com o referido anteriormente, o objetivo das intervenções do EEESMP junto da pessoa em contexto de ambulatório “será sempre o da continuidade dos cuidados e acompanhamento destas pessoas, de forma a manter e preservar a sua estabilidade psíquica e a sua qualidade de vida.” (OE, 2021, p.61)

2.2 Metodologia do Projeto

Segundo Ruivo et al (2010, p.3), “A metodologia de projeto tem como principal objetivo centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real.”

A metodologia de projeto, possui características imprescindíveis, por forma a que este seja exequível e eficaz relativamente à mudança que se pretende instituir, ou seja, é uma atividade intencional, implica iniciativa, autonomia e autenticidade, envolve uma certa

complexidade e incerteza, possui um carácter prolongado e faseado, sendo constituída por cinco fases: diagnóstico, planificação, execução, avaliação e divulgação (Ruivo et al, 2010).

2.2.1 Diagnóstico da situação

A primeira etapa da metodologia do projeto é a elaboração do diagnóstico da situação, em que o ponto de partida é sempre uma situação problemática real, uma tensão sentida entre aquilo que se tem e aquilo que se deseja ter para se conseguir dar resposta às necessidades de saúde e bem-estar da população. Esta etapa pressupõe a elaboração de um modelo que descreva a realidade sobre a qual se pretende intervir e mudar (Ruivo et al, 2010).

Assim sendo, consideramos pertinente começar por apresentar a justificação da realização deste projeto, acompanhada de um breve enquadramento teórico. Para a realização desta etapa recorreremos a argumentos de ordem pessoal, à realidade da experiência profissional, à perceção do responsável e dos colegas que desempenham funções no local de estágio e à realização de pesquisa bibliográfica, tendo como foco as necessidades dos CI da pessoa com doença mental grave, de forma a minimizar o impacto da mesma e a facilitar o desempenho de quem cuida.

Os problemas de saúde relacionados com a doença mental, são na atualidade a principal causa de incapacidade psicossocial e uma das principais causas de morbilidade nas nossas sociedades. Tal como vem referido no Decreto-Lei nº 113/2021 de 14 de dezembro (Presidência do Conselho de Ministros, 2021, p.104) “As perturbações mentais são, de entre as doenças crónicas, a primeira causa de incapacidade em Portugal, justificando cerca de um terço dos anos potenciais de vida perdidos (...) têm uma prevalência de 22,9 %, colocando Portugal num preocupante segundo lugar entre os países europeus, com 60% destes doentes sem terem acesso a cuidados de saúde mental. Especificamente, a depressão afeta 10 % dos portugueses e, em 2017, o suicídio foi responsável por quase 15 000 anos potenciais de vida perdidos.”

De acordo com o que consta no relatório do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (2019, p.24), durante o ano de 2017, as perturbações psiquiátricas em Portugal foram responsáveis por 12% dos anos de vida perdidos ajustados à incapacidade e por 18% dos anos vividos com incapacidade, sendo que as perturbações depressivas e de ansiedade são as que mais contribuem para esta realidade.

Na sequência da evolução das políticas de saúde mental em Portugal, surge o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (publicado em DR, 1ª série - nº 47 - 6 de março de 2008),

que contempla como principais objetivos, a redução de doentes institucionalizados, o encerramento dos grandes hospitais psiquiátricos, a criação de serviços de saúde mental integrados na comunidade, o lançamento das bases dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, a descentralização dos serviços de saúde mental, a promoção e proteção dos direitos da pessoa com doença mental e a equidade e facilitação no acesso aos serviços de saúde mental. Sendo que a pertinência da desinstitucionalização da pessoa com doença mental e a sua reabilitação e integração na comunidade presentes neste plano de cariz nacional em muito se assemelha às diretrizes existentes noutros países (Ministério da Saúde, 2008).

Tal como refere Santos (2020, p.13), “A tendência mundial é para que o tratamento dos doentes psiquiátricos seja cada vez mais efetuado na comunidade, para que o internamento de doentes agudos seja preferencialmente feito em Unidades de Psiquiatria de hospitais gerais e para que se efetive a transferência dos doentes graves para residências e outras estruturas comunitárias, de forma que se concretizem os objetivos de reabilitação psicossocial.”

No entanto, este processo de desinstitucionalização trouxe uma nova realidade ao exigir uma adaptação das famílias da pessoa com doença mental grave, perante a necessidade dos seus membros assumirem o papel de cuidadores, na maioria dos casos a família é quem está mais próximo do cliente e a convivência pode ser difícil e conduzir à deterioração das relações, o que pode agravar a doença e desencadear possíveis crises.

Pinho (2020, p.216) refere que “O surgimento de uma doença mental no seio familiar gera, normalmente, um crescente desgaste psíquico, originando um turbilhão de emoções negativas que podem influenciar a saúde mental do próprio familiar, tais como: sentimentos de culpa, angústia, vergonha, revolta, raiva, ansiedade, stress e medo.”

A família passou a ser considerada um elemento essencial nos cuidados, apoio e estabilização da pessoa com doença mental, sendo-lhe solicitado que assuma uma responsabilidade para a qual muitas vezes não está capacitada. A complexidade de alterações do comportamento, sinais e sintomas que podem surgir, os efeitos secundários da medicação, as necessidades que surgem relacionadas com a própria doença e incapacidade psicossocial, constituem um verdadeiro desafio para quem cuida, tornando-se imperativo promover e reforçar as capacidades das famílias que lidam com estas situações que inevitavelmente, vão afetar várias áreas da sua vida pessoal, familiar e profissional. Para que o processo de desinstitucionalização possa ser bem-sucedido e não assuma um efeito contrário ao esperado, é imprescindível dedicar atenção aos cuidadores, familiares ou não, numa tentativa de minimizar os efeitos negativos da doença mental grave, capacitando-os e promovendo o seu

empoderamento. Citando Sousa et al (2020, pg.164), “Face a este panorama, será cada vez mais comum os enfermeiros terem como alvo dos seus cuidados familiares cuidadores de pessoas com dependência física ou mental, tendo de dar resposta / identificar diagnósticos de Enfermagem no domínio dos focos “Papel de Cuidador” ou “Stress do Cuidador”, entre outros.”

Tal como referido pelo CNS (2019, p.23) “Os familiares e cuidadores das pessoas com doença mental merecem igualmente a atenção das políticas de saúde nesta área. Cuidar de um familiar com doença mental ou outra doença crónica ou incapacitante, pode ter um impacto significativo na saúde mental do próprio cuidador, incluindo stress emocional, sintomas depressivos ou mesmo depressão.”

De acordo com Sousa et al (2020, p.163), “No processo de cuidar, os familiares cuidadores experienciam várias dificuldades, às quais se associam um conjunto de necessidades (...) As múltiplas necessidades dos cuidadores e o seu elevado nível de sofrimento psicológico realçam a importância de promover intervenções de suporte para manter o seu bem-estar emocional e possibilitar a prestação de cuidados de qualidade às pessoas a seu cargo.”

No seguimento do supracitado anteriormente e tendo em consideração as exigências que atualmente se colocam aos cuidadores da pessoa com doença mental, Pinho (2020, p.216), refere que “A intervenção familiar torna-se extremamente importante, não só para a diminuição da sobrecarga e para a promoção da saúde mental dos familiares envolvidos, mas também para a reabilitação da pessoa com doença mental grave, contribuindo largamente para a sua recuperação.”

Perante o exposto, consideramos que as intervenções psicoeducativas realizadas pelo EEESMP junto dos CI da pessoa com psicose podem constituir uma resposta às necessidades e dificuldades que estes mesmos cuidadores possam referir ou apresentar. De acordo com o Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do EEESMP, publicado em Diário da República nº515/2018, 2ª Série (OE, 2018, p.21427), 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.”

Assim sendo, observamos ser pertinente mencionar a 2ª e a 4ª competências específicas do EEESMP enunciadas no regulamento referido anteriormente. A 2ª competência constitui-se na assistência à pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental e a 4ª competência refere os cuidados prestados a nível psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional como contributo para melhorar e recuperar a

saúde mental, da pessoa e da sua família, mobilizando os vários contextos envolventes (OE, 2018).

Foi de acordo com o mencionado anteriormente e com o intuito de desta forma, ir ao encontro de um dos objetivos deste mestrado que estabelecemos os objetivos deste projeto de intervenção no serviço.

2.2.2 Objetivos

O atual projeto tem como foco elaborar um programa de apoio aos CI da pessoa com DMG, nomeadamente psicose, a ser desenvolvido em contexto de consulta externa. Através da intervenção do EEESMP, pretende-se instituir um acompanhamento mais eficaz aos cuidadores, o que muito possivelmente, para além de facilitar a sua tarefa, irá contribuir para melhorar os níveis de adesão ao plano de tratamento por parte do doente, com consequente redução da percentagem de recaídas e de reinternamentos deste.

Tal como refere Ruivo et al (2010, p.18) “Os objetivos apontam os resultados que se pretende alcançar, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico.”

Assim sendo, como objetivo geral e objetivos específicos deste projeto de intervenção em serviço, surge:

Objetivo Geral:

- Elaborar uma proposta de programa de apoio ao cuidador informal da pessoa com psicose.

Objetivos Específicos:

- Adquirir competências comuns de EE, específicas de EEESMP e de Mestre em Enfermagem
- Contribuir para a melhoria da prática dos cuidados de ESMP com base em evidência científica.
- Identificar as dificuldades dos cuidadores informais da pessoa com psicose.
- Contribuir para a capacitação do cuidador informal da pessoa com psicose.
- Contribuir para a recuperação da pessoa com psicose.
- Apresentar e divulgar o projeto no DPSM.

2.2.3. Planeamento

Como metodologia a utilizar, optámos num primeiro momento por realizar uma RIL de acordo com os princípios da pesquisa baseada na evidência, de forma a obter informações mais amplas ou esclarecimentos que facilitem a compreensão do tema em questão. Através desta RIL pretendemos apurar a evidência científica que já existe relativamente ao tema selecionado, assim como promover a reflexão crítica acerca do mesmo.

De acordo com Fortin (1999, p.86), “A revisão da literatura permite apresentar o estado dos conhecimentos relativos a um problema de investigação. Os documentos devem ser pertinentes relativamente ao problema em estudo. Um dos objetivos da revisão da literatura consiste em distinguir o que é conhecido sobre um assunto e o que falta explorar. Este conhecimento permite ao investigador apoiar-se em trabalhos de outros investigadores para prosseguir o seu trabalho.”

No entanto, dada a natureza do projeto, a questão de investigação, os objetivos delineados para o estudo e as características / condições do local de estágio, optámos num segundo momento por também realizar um estudo quantitativo, de forma a complementar a informação obtida através da RIL e a melhor adequar o programa de apoio à população abrangida pelo DPSM.

Revisão integrativa da literatura

O método utilizado para a formulação da questão de investigação e critérios de inclusão para a seleção dos estudos a serem analisados na RIL foi o método PICO: população / participantes, intervenção / interesse, contexto / comparação e outcomes, tal como se pode observar na Tabela 2.

Tabela 2 - Metodologia PICO utilizada para a formulação da questão de investigação

P	População	Cuidadores informais da pessoa adulta com psicose
I	Intervenção	Dificuldades dos cuidadores informais
C	Contexto	Consulta externa
O	Outcomes	Identificar as dificuldades dos cuidadores informais

Assim, com o intuito de identificar e compreender as dificuldades de quem cuida da pessoa com psicose, foi definida a seguinte **questão de investigação**:

Quais as dificuldades sentidas pelo cuidador informal da pessoa com psicose?

Na sequência da definição da referida questão de investigação foi definido como **objetivo principal da RIL**:

Identificar as dificuldades dos cuidadores informais da pessoa com psicose.

A pesquisa de artigos e estudos realizada, decorreu na plataforma EBSCO, sendo selecionadas as bases de dados disponíveis CINAHL, Medline e Medilatina.

Recorremos igualmente às bases de dados Scielo, RCAAP e BVSEnfermagem. No momento da pesquisa foram utilizados como Limitadores: “texto integral”, “revisto por especialistas”, Idiomas “english”, “portuguese” e “spanish”, tendo sido definido um limite temporal entre janeiro de 2018 e abril de 2022.

CrITÉrios de exclusão: Textos não disponíveis na integra; textos fora do período temporal estabelecido.

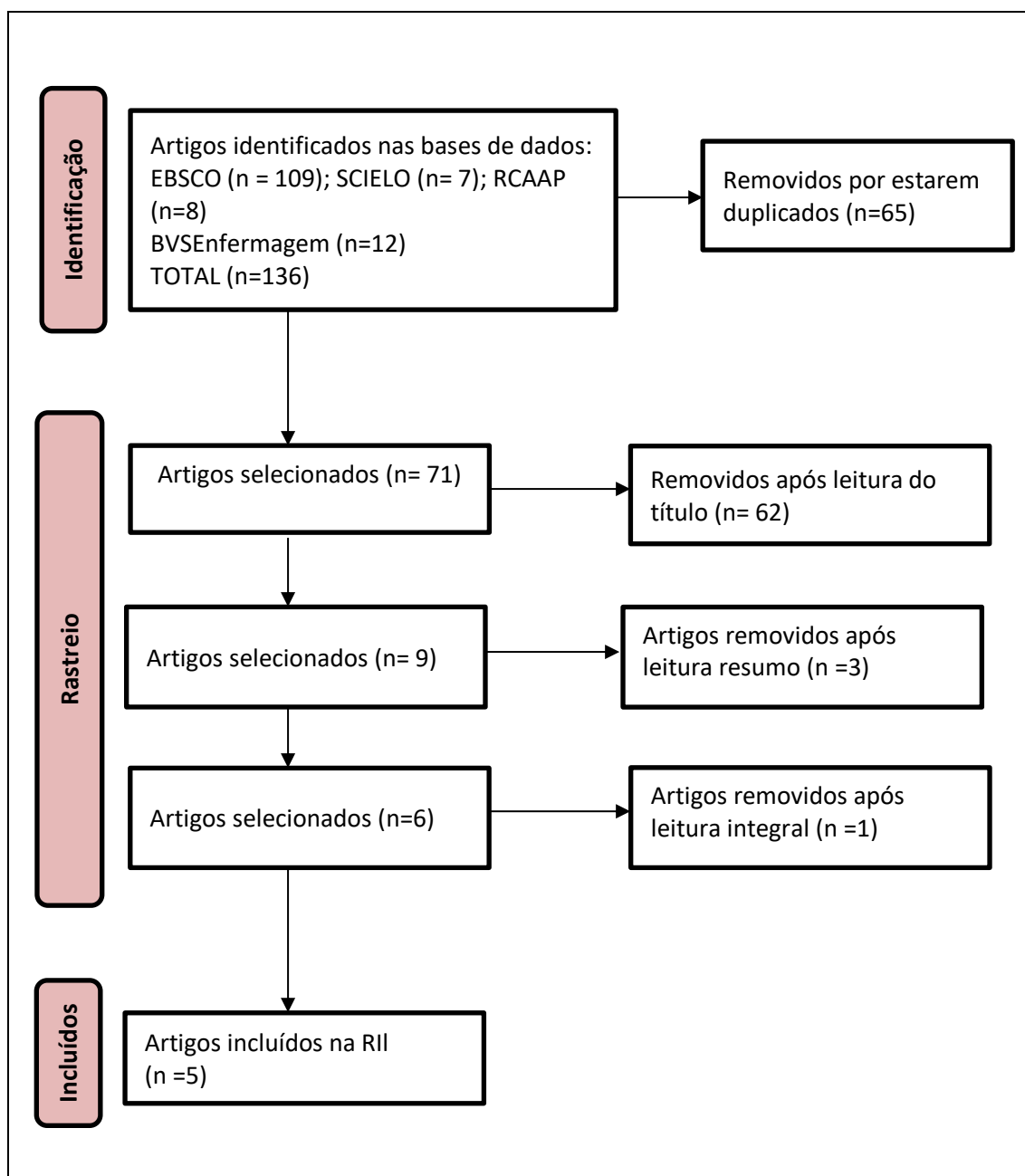
Palavras chave: A escolha dos descritores esteve intimamente relacionada com a pergunta de investigação e estes foram validados no DeCS / MeSH (Descritores em Ciências da Saúde). Os termos selecionados foram: Doença mental; Cuidadores.

Relativamente à pesquisa realizada nas bases de dados, foi obtido um total de 136 artigos, dos quais 65 foram removidos por estarem em duplicado e 62 excluídos após leitura do título. Dos 9 artigos restantes foram excluídos 3 após a leitura do resumo e 1 após a leitura completa. Por fim foram incluídos nesta revisão 5 artigos.

Recorremos ao preenchimento do PRISMA Flow Diagram, para demonstrar o processo de seleção dos artigos a incluir na RIL, que consta na Figura 1.

Para avaliar a qualidade da metodologia e o nível de evidência dos artigos escolhidos, foram utilizadas as grelhas de verificação do JBI e foi feita uma análise crítica individual de cada artigo, sendo que segundo Joanna Briggs o nível de evidência deverá ser >50%.

Figura 1- Processo de seleção de artigos a incluir na RIL



Adaptado de: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al.

Resultados da RIL

Foram analisados cinco artigos, com o intuito de responder à questão de investigação e aumentar os conhecimentos acerca do tema em análise. Para melhor sistematizar os dados recolhidos na RIL, foi construída e utilizada uma tabela, que consta do Apêndice I.

De acordo com o que foi possível apurar, observamos que estes estudos dão resposta à questão formulada: “Quais as dificuldades sentidas pelo cuidador informal da pessoa com psicose?”

Da análise dos resultados obtidos e de forma a dar resposta à pergunta da RIL, recorrendo à metodologia de projeto e segundo a pesquisa efetuada, definimos 3 áreas nas quais consideramos importante intervir enquanto EEESMP:

- 1 - Sobrecarga objetiva
- 2 - Sobrecarga subjetiva
- 3 – Necessidades referidas pelos cuidadores

Antes de abordarmos os pontos 1 e 2, consideramos pertinente clarificar o conceito de sobrecarga, sendo que Alves et al (2018) referem que são vários os estudos que indicam que a presença de um doente mental na família provoca uma elevada sobrecarga para os seus elementos. Segundo Santos et al (2019), muitos familiares sentem dificuldade em se adaptar à função de cuidador, sentem esta situação como um fardo a carregar e atribuem-lhe mudanças negativas nas rotinas e no quotidiano, bem como um acréscimo de responsabilidades.

Na generalidade da literatura o termo “sobrecarga”, é utilizado quando nos queremos referir ou descrever os efeitos negativos que a tarefa de cuidar provoca no cuidador, sendo algumas vezes descrita como um decréscimo nos sentimentos de bem-estar e um aumento dos problemas de saúde (Figueiredo, 2007).

De acordo com Sequeira (2010, p.238) a sobrecarga “é um conceito que se refere a desgaste por cansaço, ou seja, pode traduzir a exposição do cuidador a fatores de stress significativos e num espaço de tempo relativamente curto (...) ou a uma exposição prolongada a fatores de stress pouco significativos.”

1 - Sobrecarga Objetiva

Relativamente a este ponto é unânime em todos os artigos analisados que a sobrecarga objetiva está presente no quotidiano dos cuidadores, tornando-os mais vulneráveis perante as adversidades que têm de enfrentar. Alves et al (2018, p.9) referem que “A sobrecarga objetiva diz respeito ao impacto direto das modificações e limitações determinadas pela doença de um indivíduo nos seus familiares.”

À sobrecarga objetiva estão associadas as tarefas quotidianas necessárias ao cuidado, a supervisão dos pacientes, as alterações que surgem na vida pessoal, social e profissional e as perdas financeiras (Santos et al, 2019).

De acordo com os resultados apresentados pelos vários artigos, é possível perceber que estes são muito similares destacando-se ao nível da sobrecarga objetiva as dificuldades relacionadas com a qualidade dos períodos de sono e repouso, limitação dos períodos de lazer e de férias e dificuldades na gestão do tempo (conciliar as tarefas domésticas, a vida pessoal, social e profissional com os cuidados que é necessário prestar). Estas dificuldades, estão presentes em todos os artigos estudados, o que por si só, traduz a sua pertinência.

Tal como referido nos estudos analisados, a dedicação diária ao cuidado surge associada à existência de prejuízo no autocuidado do cuidador, de acordo com Santos et al (2019), os cuidadores além da necessidade de continuarem a realizar as tarefas pelas quais sempre foram responsáveis, têm de prestar cuidados específicos ao familiar dependente, o que implica dedicarem o seu tempo ao cuidado, esquecendo-se de cuidar si mesmos e chegando mesmo a colocar as suas necessidades e desejos em segundo plano. Observa-se que o cuidador tem uma tendência para organizar a sua vida em redor da doença, descurando as suas necessidades pessoais, outros familiares, amigos, os seus projetos de vida e sonhos futuros (Magalhães et al, 2018; Ramos & Zotesso, 2019).

Vários autores referiram, que entre as tarefas específicas realizadas pelos cuidadores, as mais citadas foram a preparação da alimentação, a higiene corporal, os cuidados com o vestuário, a preparação e administração da medicação, o acompanhamento a consultas e grupos de apoio e a necessidade quase constante de vigiar possíveis comportamentos problemáticos e situações de crise, o que reflete o grau de dependência que um paciente pode apresentar (Magalhães et al, 2018; Ramos & Zotesso, 2019; Batista, 2019).

Outra das dificuldades observadas por alguns autores, e que é considerada como fator agravante da qualidade de vida do cuidador, é que ao aumento dos gastos financeiros, acresce a dificuldade em ser assíduo no trabalho, não ter as mesmas oportunidades de emprego e muitas vezes surgir a impossibilidade de manutenção do mesmo, o que poderá originar perdas financeiras, tal como referido por Magalhães et al, (2018), Santos et al (2019) e Ramos & Zotesso (2019).

2 - Sobrecarga Subjetiva

Relativamente ao conceito de sobrecarga subjetiva, Santos et al (2019, p. 5339) mencionam que esta “se refere à reação emocional do familiar em relação ao papel de cuidador, incluindo o sentimento de incomodo com as tarefas de cuidado e com as mudanças permanentes em sua vida social e profissional, assim como as preocupações com o paciente.”

De acordo com os artigos analisados, e no que se relaciona com a sobrecarga subjetiva, todos os autores salientaram as emoções e os sentimentos que podem ser desencadeados pelo convívio com uma pessoa com DM. Destacam-se os sentimentos de depressão, tristeza e choro, sentimentos de medo (medo perante a possibilidade de crise, medo de deixar o paciente sozinho, medo de sofrer agressões físicas, medo de sofrer agressões verbais, medo de comportamentos imprevisíveis), sentimentos de ansiedade, de desespero e de vergonha e ao mesmo tempo, sentimentos de impotência, de inferioridade, de raiva (por estar a viver a situação em si), de culpa (pela transmissão da doença ou pelo agravar da mesma) e vontade em desistir dos cuidados.

Em três dos estudos, os autores destacam o desapontamento referido pelos cuidadores relativamente à evolução do doente, a preocupação com o futuro do familiar e a dificuldade em planear o mesmo. No artigo de Magalhães et al (2018), observa-se que os cuidadores referem grande preocupação com o futuro do familiar após a sua morte, referindo-se ao facto de não haver mais ninguém disponível para dar continuidade aos cuidados necessários inclusive, de acordo com o estudo de Ramos & Zotesso (2019), alguns dos participantes mencionaram insatisfação relativamente à ajuda prestada por outros familiares.

Os resultados dos estudos de Magalhães et al (2018) e de Batista (2019), sugerem que o estigma em relação à doença mental interfere de forma negativa no desempenho dos cuidadores, na medida em que contribui para o desenvolvimento de sentimentos de abandono, sendo estes alvos do preconceito social e muitas vezes familiar.

Perante o exposto anteriormente, percebe-se que, em todos os artigos analisados, seja feita referência à possibilidade dos próprios cuidadores adoecerem, ou seja, perante as situações que estes vivenciam surge quase de uma forma “natural” uma situação de doença do cuidador. No estudo de Magalhães et al (2018), nove participantes referiram estar medicados com psicotrópicos e no estudo de Ramos & Zotesso (2019), dois dos participantes foram diagnosticados eles próprios com doença mental e recebiam tratamento psiquiátrico.

O risco desta ocorrência (adoecer do cuidador), aumenta quando associado a dificuldades socioeconómicas, apoio familiar precário, apoio deficitário dos técnicos e pouca preparação física e psicológica para ser cuidador, o que consequentemente se manifesta através da diminuição da qualidade de vida e da qualidade dos cuidados prestados (Santos et al, 2019).

3 – Necessidades referidas pelos cuidadores

Antes de abordarmos este ponto, consideramos importante referir que após a análise de todos os artigos, apontamos como fator agravante da sobrecarga referida pelos participantes nos vários estudos, as necessidades que os mesmos mencionaram e para as quais não obtiveram a resposta necessária ou que consideraram ser a mais adequada.

Neste contexto, faz-nos sentido afirmar que as intervenções do EEESMP dirigidas aos cuidadores devem ser planeadas e estruturadas de acordo com as necessidades que os próprios identificam, surgindo assim a importância de desenvolver intervenções psicoeducativas adequadas que promovam a sua capacitação perante a pessoa com doença mental e que ajudem a minimizar o problema da sobrecarga do cuidador.

Nos estudos analisados tornou-se evidente a necessidade que os CI têm de serem apoiados e capacitados por parte dos profissionais de saúde para cuidarem da pessoa com doença mental, principalmente na fase inicial da doença, em que existe um maior impacto da mesma. No artigo de Ramos & Zotesso, (2019), os participantes relatam que existe a pessoa antes da doença e depois da doença, com diferenças significativas na sua forma de ser, estar e funcionar, o que exige conhecimento e adaptação.

Nos vários artigos examinados, os participantes referiram que não se sentiram minimamente preparados para cuidarem do seu familiar no momento em que este teve alta hospitalar. Aspetos relacionados com o desconhecimento da doença, sinais e sintomas da mesma, quais as estratégias de atuação mais adequadas perante situações de crise e de alguns comportamentos desadequados, como agir em situações de convívio social, foram relatados como tendo um impacto negativo nos cuidados e como sendo fatores agravantes da sobrecarga.

Segundo Santos et al (2019), os cuidadores durante a hospitalização dos pacientes e inclusive no momento da alta, não são capacitados para o cuidar, o que origina a que olhem para o futuro com preocupação e incerteza, a responsabilização pelo cuidado é imposta sem que seja dado o suporte e as orientações necessárias. Ramos & Zotesso (2019, p.299) referem que “O conhecimento sobre o que é a doença mental e possibilidades de intervenção muito poderiam auxiliar cuidadores que nem sempre possuem acesso a conhecimento científico.”

Ainda segundo o artigo de Batista (2019), o facto de desconhecerem a sintomatologia da doença e de não saberem qual a melhor atitude a tomar perante determinada situação, são dificuldades apontadas pelos cuidadores.

Perante estas constatações, percebe-se que alguns participantes nos estudos tenham referido que ao longo do tempo foram aprendendo por si mesmos e de acordo com as suas

vivências, qual a melhor forma de agir (Ramos & Zotesso, 2019), bem como a utilizar algumas estratégias de coping para os ajudar na tarefa de cuidar, como por exemplo a religião, a medicação, a participação em atividades de grupo e a expressão de emoções e sentimentos (Magalhães et al, 2018).

Neste contexto, é novamente evidenciada a importância do EEESMP, no sentido de apoiar os cuidadores, de forma a que as estratégias de coping referidas sejam eficazes (Magalhães et al, 2018) e da implementação de intervenções que respondam às necessidades de saúde do paciente e do cuidador (Santos et al, 2019).

Gostaríamos de mencionar que, num dos artigos analisados, (Santos et al, 2019), é feita referência à pouca preparação dos enfermeiros na potencialização do papel dos cuidadores como parte integrante e fundamental do cuidado. Informações insuficientes e em excesso de uma só vez foram referidas como aumentarem a confusão e os receios dos cuidadores. Por sua vez, os participantes no estudo de Alves et al (2018), destacaram como uma importante ajuda recebida, o auxílio dado pelos enfermeiros e as informações prestadas pelos mesmos. Nesta linha de pensamento, num dos artigos os participantes destacam a importância e a necessidade de ser estabelecido um vínculo entre os cuidadores e os profissionais de saúde (Santos et al, 2019).

Consideramos que é de referir que, em dois dos artigos analisados, surge como sugestão dos participantes nos estudos, a existência de espaços para partilha de experiências, emoções e sentimentos entre os próprios cuidadores, de forma a facilitar o processo de cuidar e tudo o que este acarreta (Ramos & Zotesso, 2019; Batista, 2019).

Conclusões da RIL

Os vários estudos analisados demonstram que são várias as dificuldades com que os CI se deparam durante o processo de cuidar, dificuldades estas que se traduzem na existência de sobrecarga objetiva e subjetiva. Os cuidadores referem como principais necessidades, a ajuda no processo de adaptação às novas rotinas, orientação relativamente à DM e um papel mais efetivo do profissional de saúde na sua preparação para a tarefa de cuidar antes da alta do paciente e no acompanhamento pós- alta, através da criação de um vínculo com o mesmo.

Surge assim, a importância de serem delineadas estratégias e intervenções de enfermagem, por parte do EEESMP, que incluam o CI, de forma a capacitar o mesmo para lidar com a DM, a trabalhar sinais e sintomas de sobrecarga e a valorizar o seu desempenho, estas

intervenções podem-se revestir de um carácter individual ou de grupo. O CI, deve ser olhado não só como parceiro de cuidados ou recurso, mas também como alguém que precisa de ser cuidado e amparado, pelo que a relação entre este e os profissionais de saúde não deve terminar com a alta do paciente.

Observamos que cada vez mais, existe necessidade de investir e de melhorar a qualidade dos cuidados prestados na área da saúde mental, principalmente no que se relaciona com o CI, a DMG e a dependência psicossocial que esta provoca.

Estudo descritivo transversal de base quantitativa

Atualmente em Portugal existem vários instrumentos de avaliação, já validados, que vão auxiliar o enfermeiro a entender quais as dificuldades dos CI e a realizar uma avaliação diagnóstica correta. De forma a realizar o estudo quantitativo, foi aplicado um instrumento de colheita de dados CADI – Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador – versão traduzida e validada para a população portuguesa por Luísa Brito e João Barreto (2000) (Anexo I) e um questionário de caracterização sociodemográfica do CI, elaborado especificamente para este estudo (Apêndice II).

Segundo Fortin (1999, p.162), “O objetivo do estudo descritivo consiste em discriminar os conceitos que, eventualmente possam estar associados ao fenómeno em estudo”. Um estudo descritivo simples vai permitir descrever os fenómenos ou conceitos relativos a uma determinada população, possibilitando a caracterização de um grupo de pessoas (amostra). Estes estudos descrevem um problema ou uma realidade, não investigam uma relação de causa efeito (Fortin, 1999).

O CADI (Carers’ Assessment of Difficulties Index de Nolan, Grant e Keady, 1998), é um instrumento que vai permitir avaliar quais são as dificuldades do cuidador, este instrumento foi desenvolvido por Nolan, Grant e Keady (1998) no Reino Unido, e segundo os autores tem como objetivo facilitar o trabalho dos profissionais na identificação das dificuldades mais frequentes nas situações de prestação de cuidados a familiares, bem como a maneira como, em cada caso, os prestadores de cuidados percecionam e vivenciam essas mesmas dificuldades (Brito, 2000).

Relativamente ao CADI, Sequeira (2010, p.203), refere que permite “avaliar as dificuldades percecionadas, as fontes de satisfação e as estratégias de coping utilizadas pelos prestadores de cuidados.”

As informações obtidas vão permitir ao profissional de saúde estabelecer um plano de intervenção individualizado e adequado a cada caso em concreto, o que melhor poderá responder às necessidades específicas de cada CI.

O CADI, é um instrumento constituído por trinta itens, onde o participante deve assinalar, numa escala tipo Likert com quatro opções, qual a afirmação que melhor se aplica à sua situação. No final das trinta questões existe um espaço aberto para este descrever, se assim o entender, outras questões que não estejam contempladas no questionário.

As questões incluídas no CADI, referem-se às implicações da prestação de cuidados sobre a vida social do cuidador, sobre a sua saúde, as repercussões económicas da situação, os problemas de relacionamento com a pessoa cuidada e outros membros da família e também sobre a forma como o apoio profissional e da família são encarados por este (Brito, 2000).

Objetivo do estudo: Identificar as dificuldades dos cuidadores informais da pessoa com doença mental grave.

Amostra: Participaram no estudo 27 CI da pessoa adulta com DMG, acompanhada na consulta externa de psiquiatria do centro hospitalar onde decorreu o estágio, que se disponibilizaram e deram o seu consentimento. A colheita de dados decorreu no período compreendido entre 19 de setembro de 2022 e 7 de outubro de 2022. Foi constituída uma amostra por conveniência, sendo que os participantes foram abordados quando acompanhavam a pessoa cuidada à consulta.

Crítérios de inclusão: Idade do cuidador ser superior a dezoito anos, possuir capacidades de leitura e de compreensão de forma a conseguir preencher os instrumentos de colheita de dados e ser o cuidador informal principal da pessoa com DMG.

Procedimento de Colheita de Dados: Tal como referido anteriormente, o instrumento de colheita de dados aplicado foi o CADI e um questionário de dados sociodemográficos. De forma a preencherem os referidos instrumentos, os participantes foram conduzidos a um dos gabinetes de enfermagem, de maneira a proporcionar a devida privacidade e estiveram sempre acompanhados pelo entrevistador, no sentido de esclarecer alguma dúvida pontual. Inicialmente, foi explicada a natureza do estudo e o objetivo do mesmo, sendo solicitado aos participantes o preenchimento do consentimento informado (Apêndice III).

Foi reforçada a confidencialidade e o anonimato dos CI, tendo sido possível observar que os mesmos foram muito recetivos ao preenchimento dos instrumentos de colheita de dados, demonstrado sempre grande disponibilidade.

Considerações Éticas

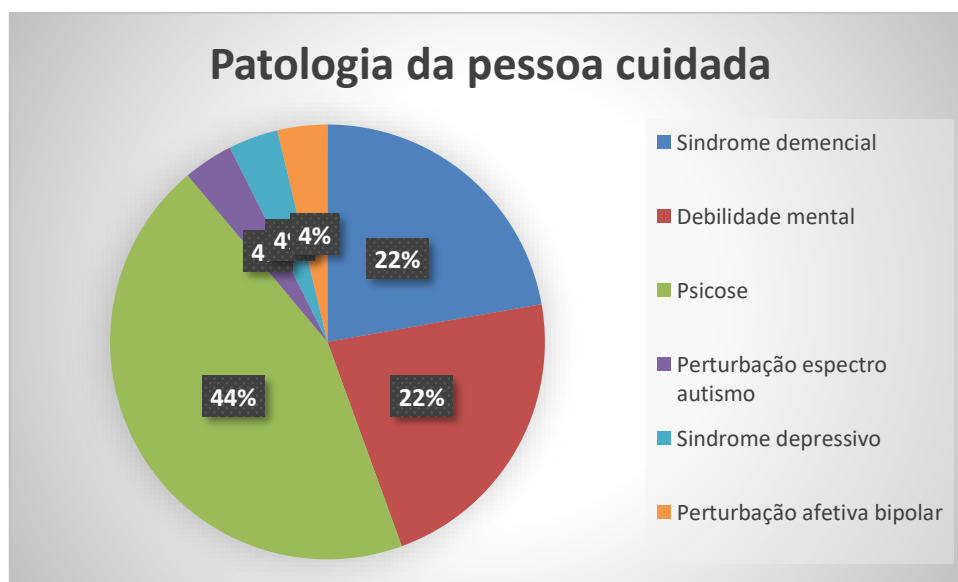
De forma a garantir o cumprimento dos princípios éticos, foi solicitada autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar onde decorreu o estágio para a realização do estudo, sendo que a Comissão de Ética do mesmo, nada teve a opor à sua realização (Anexo II). Foi igualmente solicitada autorização para utilizar o instrumento de colheita de dados – CADI, aos autores da versão traduzida e adaptada para a população portuguesa, que concederam a devida autorização para a utilização do mesmo (Anexo III).

Apresentação e análise dos resultados

Após a recolha de dados, foi construída uma base de dados no Excel a partir da qual foram analisados os dados obtidos. Para realizar esta análise, recorremos à estatística descritiva, tendo sido utilizadas medidas de tendência central média, moda, mediana, frequências absolutas (Fi) e frequências relativas (Fr). Segundo Fortin (1999, p.277) “as estatísticas descritivas permitem descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e descrever os dados obtidos pela medida das variáveis (...) servem também para caracterizar a relação entre duas ou mais variáveis.”

Antes de apresentar os resultados que se relacionam diretamente com os CI consideramos pertinente referir a patologia de base da pessoa cuidada. De acordo com a amostra, 44% dos participantes eram CI de pessoas com psicose, seguindo-se a demência e a debilidade mental, ambas com 22% (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Patologia da pessoa cuidada



Caracterização sociodemográfica da amostra

Em relação às características sociodemográficas dos CI, foi possível apurar os seguintes resultados: dos 27 participantes no estudo, 70,3% eram do sexo feminino, 44,4 % encontravam-se na faixa etária acima dos 70 anos, 63% eram casados, 51,8% já estavam reformados, 59,2% eram progenitores da pessoa cuidada e 74% coabitavam com a mesma.

Relativamente há quanto tempo prestam cuidados, 59,2% é cuidador há mais de 10 anos, sendo que 66,6% passa diariamente mais de 12h com a pessoa cuidada. Quanto à ajuda recebida, 63% referiram não receber qualquer ajuda e dos 37% que mencionaram ter algum apoio, os conjugues surgiram como os maiores apoiantes. Em relação a ter apoio de alguma instituição, 85,1% responderam que não.

No que diz respeito ao motivo pelo qual se tornou cuidador 44,4% dos inquiridos responderam “sou mãe” e 25,9% “porque não havia mais ninguém”.

Estes resultados estão de acordo com o referido por outros autores, que caracterizam os CI em Portugal, como sendo na sua maioria familiares (progenitores), mulheres, desempregadas ou reformadas e com idade superior aos 55anos (Alves et al, 2018; Ferré-Grau & Sequeira, 2020; Sousa et al, 2020).

O facto de 88,8% dos cuidadores serem familiares próximos e desempenharem este papel há mais de 10 anos, está em sintonia com o referido por Ferré-Grau & Sequeira (2020) que destacam a existência de um modelo de cuidados pessoal centrado na família, com tudo o que uma situação destas acarreta em termos de tempo de dedicação diária ao longo de vários anos, com impacto e custos em termos económicos e de saúde física e emocional. Os dados sociodemográficos referidos estão organizados em forma de tabela, que consta do Apêndice IV.

Resultados da aplicação do CADI

Relativamente às dificuldades percecionadas pelos cuidadores informais relacionadas com o cuidar, identificadas através da aplicação do CADI, optou-se por apresentar os resultados obtidos agrupados em fatores, de acordo com o proposto pelos autores do instrumento de avaliação. Os vários itens que constituem o CADI, foram divididos em sete fatores ou categorias: problemas relacionais com a pessoa cuidada (itens 5, 11, 12, 14, 22, 25 e 26); reações à prestação de cuidados (itens 1, 2, 9, 17, 19, 29, 30 e 3); exigências de ordem física (itens 6, 10, 13, 15, 23 e

24); restrições na vida social (itens 8, 18 e 20); falta de apoio familiar (itens 16 e 28); falta de apoio profissional (itens 7 e 27) e problemas financeiros (itens 4 e 21).

Relativamente ao fator **Problemas Relacionais**, pela análise das respostas obtidas, é possível concluir que 47% da amostra não considera que os problemas relacionais com a pessoa cuidada, dificultem a prestação de cuidados. No entanto, a soma de valores obtidos nas hipóteses “Acontece e causa alguma perturbação” e “Acontece e perturba muito” tem um valor de 44%, pelo que consideramos que este fator também tem alguma influência, nas dificuldades sentidas pelo cuidador no cuidar, mas algo pouco evidente, pois não atinge os 50%.

Pela análise dos resultados, a questão 11 - “Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim”, apresenta o valor mais elevado (81,4%), ao somarmos as respostas obtidas em cada questão nas hipóteses “Acontece e causa alguma perturbação” e “Acontece e perturba muito”, referentes a esta categoria, pelo que consideramos que representa a maior dificuldade manifestada pelos cuidadores relativamente aos Problemas Relacionais. A questão 5- “A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim” e a questão 25 – “O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas”, pelos valores que apresentam, percebe-se que também são sentidas como dificultadoras da prestação de cuidados, estando diretamente relacionadas com as consequências de possíveis comportamentos da pessoa cuidada. De referir que ao analisarmos a questão 12 e a questão 26 compreende-se que os cuidadores mantêm o sentimento que sempre tiveram em relação à pessoa cuidada (70,4%) e que apesar do contexto têm alguma satisfação no cuidar (77,8%).

Relativamente ao fator **Reações à Prestação de Cuidados**, pela análise das respostas obtidas, é possível concluir que, a soma de valores obtidos nas hipóteses “Acontece e causa alguma perturbação” e “Acontece e perturba muito” assume um valor de 62%, pelo que consideramos que este fator tem uma influência significativa nas dificuldades sentidas pelo cuidador. Gostaríamos de salientar que a questão 30 “Esta situação faz-me sentir culpado” apresenta o valor mais elevado (88,8%) na hipótese de resposta “Não acontece no meu caso”, o que indica que os cuidadores não se culpabilizam face ao contexto existente e à existência da própria doença mental. A questão 2 “Por vezes sinto-me de mãos atadas sem poder fazer nada para dominar a situação” e a questão 19 “Esta situação está a transtornar-me os nervos” são as que possuem o valor mais elevado ao somarmos as respostas obtidas nas hipóteses “Acontece e causa alguma perturbação” e “Acontece e perturba muito”, referentes ao fator em análise (81,4%), pelo que consideramos que estes itens traduzem a maior dificuldade dos cuidadores familiares nesta categoria. Pode-se observar por estes resultados que o sentimento de

impotência perante as situações vivenciadas e de desgaste psicológico dos CI se constituem como dificuldades e estão presentes nos participantes. De referir que a questão 29 “Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar”, também assume um valor significativo de 70,3% no que se relaciona com este fator, demonstrando a preocupação / stress constante em que os CI vivem.

Relativamente ao fator **Exigências de Ordem Física**, pela análise das respostas obtidas, é possível concluir que 44% da amostra não considera que as exigências de ordem física, dificultem a prestação de cuidados. No entanto, a soma de valores obtidos nas hipóteses “Acontece e causa alguma perturbação” e “Acontece e perturba muito” assume um valor superior (48,8%), pelo que consideramos que este fator tem alguma influência nas dificuldades sentidas pelo cuidador no cuidar. Os resultados obtidos revelam que 81,5% dos inquiridos responderam que a pessoa de quem cuidam não sofre de incontinência (questão 24), o que nos leva a concluir que não é uma situação que ocorra com frequência na pessoa com DMG e de acordo com a questão 6, a dependência da pessoa cuidada relativamente à mobilidade também é muito pouco frequente. No entanto, apesar das duas situações descritas anteriormente não apresentarem valores consideráveis, ao olharmos para a questão 10 verifica-se que o cansaço físico é referido pelos cuidadores como uma dificuldade significativa, assumindo um valor de 66,6%. A questão 23 “A minha saúde ficou abalada”, é a que possui o valor mais elevado ao somarmos as respostas obtidas nas hipóteses “Acontece e causa alguma perturbação” e “Acontece e perturba muito”, referentes ao fator em análise (74%), pelo que este item representa a maior dificuldade sentida pelos cuidadores familiares nesta categoria, no entanto é de referir que a questão 15 relacionada com a dificuldade em dormir, também assume um valor significativo de 70,3%. De uma forma geral, observamos que cuidar de uma pessoa com DMG pode-se constituir como sendo um fator predisponente para que os CI adoeçam, sendo que os próprios sentem que esse risco existe.

Relativamente ao fator **Restrições na Vida Social**, pela análise das respostas obtidas, é possível concluir que a soma de valores obtidos nas hipóteses “Acontece e causa alguma perturbação” e “Acontece e perturba muito” assume um valor de 58%, pelo que consideramos que este fator tem uma influência significativa nas dificuldades sentidas pelo cuidador no cuidar. Pela análise dos resultados obtidos, a questão 8 “Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto” e a questão 20 “Não consigo ter um tempo de descanso nem fazer uns dias de férias”, possuem o valor mais elevado ao somarmos as respostas obtidas nas hipóteses “Acontece e causa alguma perturbação” e “Acontece e perturba muito”, referentes

ao fator em análise (66,6%), pelo que estes itens representam a maior dificuldade sentida pelos cuidadores. De salientar que esta situação é mais evidente nos cuidadores que coabitam com a pessoa cuidada, surgindo dificuldades na gestão do tempo para conseguir tempos de lazer e de convívio.

Relativamente ao fator **Falta de Apoio Familiar**, pela análise das respostas obtidas, é possível concluir que a soma de valores obtidos nas hipóteses “Acontece e causa alguma perturbação” e “Acontece e perturba muito” assume um valor de 63%, pelo que consideramos que este fator tem uma influência significativa nas dificuldades sentidas pelo cuidador no cuidar, sendo revelador do quanto estes se sentem pouco apoiados pelos restantes familiares, sentindo-se insatisfeitos relativamente à ajuda que estes prestam, sendo que, em algumas situações esta ajuda é inexistente.

Relativamente ao fator **Falta de Apoio Profissional**, pela análise das respostas obtidas, é possível concluir que a soma de valores obtidos nas hipóteses “Acontece e causa alguma perturbação” e “Acontece e perturba muito” assume um valor de 61%, pelo que consideramos que a falta de apoio profissional tem uma influência significativa nas dificuldades sentidas pelo cuidador no cuidar. A questão 27 “Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais”, na soma das respostas obtidas nas posições “Acontece e causa perturbação” e “Acontece e perturba muito” tem um valor ligeiramente superior ao da questão 7 “Parece-me que os técnicos de saúde não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam”, que é respetivamente de 62,9% e 59,2%, o que revela que os CI consideram que apesar dos técnicos reconhecerem as suas dificuldades, não agem em sintonia com a realidade existente e com o que os próprios percecionam. Estes resultados atestam, ainda, que atualmente o apoio prestado aos CI pelos serviços de saúde e pelos serviços sociais está aquém das necessidades dos mesmos, sobressaindo a importância de providenciar o suporte adequado a quem tem a exigente tarefa de cuidar.

Relativamente ao fator **Problemas Financeiros**, pela análise das respostas obtidas, consideramos que este fator constitui uma dificuldade significativa para o cuidador uma vez que a soma das respostas obtidas nas posições “Acontece e causa perturbação” e “Acontece e perturba muito” tem um valor de 63%. Ao analisar os resultados obtidos nesta categoria, gostaríamos de salientar que a diminuição da qualidade de vida se sobrepõe aos problemas de dinheiro ao somarmos as respostas obtidas nas hipóteses “Acontece e causa alguma perturbação” e “Acontece e perturba muito”. Sendo que a questão 21 tem um valor de 66,6% e a questão 4 tem um valor de 59,2%, o que nos conduz à hipótese de que os participantes

consideram que a sua qualidade de vida diminuiu, mas não associam diretamente esta realidade apenas ao fator económico. Pelo que consideramos que independentemente de terem ou não problemas financeiros os CI olham para a sua vida e percecionam que de uma forma geral esta está pior.

Apesar de termos analisado os resultados deste estudo de acordo os fatores / categorias propostas pelos autores, gostaríamos de referir algumas questões em particular. A questão 30 (Esta situação faz-me sentir culpado), obteve o valor mais elevado na hipótese de resposta “Não acontece no meu caso”; a questão 18 (Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria), obteve o valor mais elevado na hipótese de resposta “Acontece, mas não me perturba”; a questão 2 (Por vezes sinto-me de mãos atadas sem puder fazer nada para dominar a situação), obteve o valor mais elevado na hipótese de resposta “Causa-me alguma perturbação”; a questão 19 (Esta situação está a transtornar-me os nervos), obteve o valor mais elevado na hipótese de resposta “Perturba-me muito”. Observamos assim, que são questões relacionadas com a sobrecarga subjetiva que mais se evidenciam.

Salientamos que no final do CADI, está disponível um espaço em aberto, para que os cuidadores possam referir outras dificuldades resultantes da situação de estar a prestar cuidados, que não tenham sido referidas anteriormente, seis dos participantes utilizaram este espaço para se expressarem. Consideramos pertinente transcrever as respostas obtidas: “tenho medo de não estar a fazer bem”; “é difícil gerir a atividade profissional e o cuidar”; não sabia o que fazer com o comportamento dele”, “não sei como devo fazer quando ele refila comigo”; “falta de informação”; “tenho de trabalhar e ele não pode ficar sozinho”.

Todos os resultados referentes ao CADI, mencionados anteriormente, estão representados em tabela, que consta do Apêndice V, onde constam os valores obtidos em cada questão específica.

Conclusão do estudo quantitativo

Relativamente ao perfil dos cuidadores que participaram no estudo, estes são maioritariamente do sexo feminino, com mais de 70 anos, casados, progenitores da pessoa cuidada, em coabitação com a mesma e prestam cuidados há mais de 10 anos.

Com base nos resultados encontrados através do CADI, destacamos como principais fatores geradores de dificuldades na prestação de cuidados, os fatores relacionados com a falta de apoio familiar, sendo que os inquiridos referem que para além dos restantes familiares não

estarem atentos ao contexto de doença, também não ajudam de acordo com as suas possibilidades e os fatores relacionados com problemas financeiros, mencionando que a sua qualidade de vida piorou.

Seguem-se os fatores relacionados com as reações à prestação de cuidados, principalmente no que se refere a sentimentos de impotência perante as situações vivenciadas e os fatores relacionados com a falta de apoio profissional, sendo mencionado que o apoio dado pelos serviços de saúde e pelos serviços sociais é insuficiente perante as necessidades e dificuldades sentidas.

O fator restrições na vida social, também é sentido pelos participantes como dificultando o cuidar, na medida em que estes se sentem impossibilitados de ter férias, de conviver com amigos e de se dedicarem às coisas que gostam de fazer.

Relativamente ao fator exigências de ordem física percebe-se que a maior dificuldade se relaciona com insónia e com sentimentos de mal-estar geral, o que corrobora a ideia de que os próprios cuidadores se sentem cansados e doentes.

O fator referente aos problemas relacionais, de acordo com a amostra estudada é o que se constitui como sendo o que menos dificuldades causa na prestação de cuidados, no entanto o sentimento de que a pessoa cuidada exige demasiado do cuidador assume nesta categoria alguma relevância.

Consideramos pertinente referir, que durante a aplicação do CADI, foi possível constatar que muitos dos inquiridos tiveram crises de choro e utilizaram o espaço e a disponibilidade demonstrada para verbalizarem sentimentos de desamparo, tristeza e pedidos de ajuda relativamente a como cuidar. Esta situação pode ser entendida como um sinal de desgaste do cuidador e como uma consequência quase inevitável para quem cuida durante vários anos de uma pessoa com DMG.

A função de cuidar causa dificuldades ao cuidador, que se vê perante uma nova realidade e a ter de desempenhar um novo papel. Assim, constatamos que os cuidadores familiares constituem um grupo com necessidades e dificuldades específicas, perante as quais o EEESMP tem um papel fundamental em termos de intervenção, através da sua capacitação sobre o que é a doença mental e quais as estratégias de gestão e intervenção mais adequadas.

Conclusões de ambos os estudos

Com base nos resultados encontrados através da RIL e do EDTBQ, foi possível constatar quais são as principais dificuldades com que os cuidadores familiares da pessoa com psicose se deparam, dando assim resposta à questão de investigação.

Consideramos pertinente salientar que os resultados que foram apurados através do EDTBQ, estão em concordância com o que foi obtido através da RIL realizada.

Assim, de ambos os estudos realizados, conclui-se que os CI se deparam com as seguintes dificuldades:

- Pouco apoio no processo de adaptação às novas rotinas;
- Insuficiente orientação relativamente à DM (gestão da doença, estratégias de atuação, sinais e sintomas)
- Pouco apoio dos serviços de saúde;
- Pouco apoio familiar;
- Perdas financeiras e aumento dos gastos;
- Restrições na vida social com ausência de férias e de momentos de lazer;
- Dificuldades na gestão do tempo (conciliar tarefas do cuidar com a vida pessoal, familiar e profissional);
- Sentimentos de impotência perante as situações;
- Sentimentos de depressão, tristeza, ansiedade, medo, irritabilidade, culpa;
- Insónia;
- Cansaço físico;

Implicações para a prática clínica de ambos os estudos

A realização destes estudos, veio possibilitar a identificação das principais dificuldades dos cuidadores informais da pessoa com DMG, assim como perceber a falta de apoio sentida pelos mesmos. Ficou claro que, quer as políticas de saúde mental, quer os serviços de saúde devem colaborar no suporte ao CI, de modo a minimizar a sobrecarga familiar. Em conjunto, devem ser promovidas atividades psicoterapêuticas capazes de responder às necessidades de saúde do indivíduo, família e comunidade, de forma a melhorar a qualidade de vida e bem-estar do CI e consequentemente da pessoa cuidada.

2.2.4. Execução

Na fase da execução e decorrente de todo o trabalho desenvolvido anteriormente, surge a concretização do objetivo geral: Elaborar uma proposta de programa de apoio ao cuidador informal da pessoa com psicose.

Citando Ruivo et al (2010, p.23) esta etapa “materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado”. Ainda de acordo com estes autores “Esta fase assume uma importância significativa para o(s) participante(s) do projeto dado que possibilita a realização das suas vontades e necessidades através das ações planeadas”. (2010, p.239)

Consideramos pertinente referir que o programa que seguidamente apresentamos, além de se basear nos resultados obtidos através dos estudos realizados, também se baseia na literatura consultada.

Programa de apoio ao cuidador informal da pessoa com psicose

Objetivo geral:

Capacitar o cuidador familiar da pessoa com psicose.

Objetivos específicos:

Assegurar um acompanhamento contínuo por parte do EEESMP ao CI da pessoa com psicose.

Aumentar a literacia sobre saúde mental e doença mental.

Minimizar o impacto das dificuldades sentidas pelos CI da pessoa com psicose.

Contribuir para a recuperação e prevenção da crise da pessoa com psicose.

Procedimento

Os participantes são encaminhados por técnicos de saúde para integrarem o programa, no entanto podem ser os próprios a solicitar este apoio. O processo tem o seu início com o EEESMP através da realização de uma entrevista inicial obrigatória, a cada participante (Apêndice VI).

Esta entrevista ocorre antes da intervenção propriamente dita e tem como foco apurar a motivação do participante, promover a expressão das expectativas do próprio, se reúne os critérios de inclusão, explicar os objetivos do programa, a forma como este está estruturado e a calendarização e horário do mesmo. São igualmente explicadas as regras de funcionamento do

grupo. Nesta fase, é estabelecido o contrato terapêutico com o participante e obtido o consentimento informado (Apêndice VII).

Na entrevista inicial é preenchido o questionário de dados sociodemográficos, já referido anteriormente (Apêndice II) e aplicada a escala de sobrecarga do cuidador (traduzida e adaptada para a população portuguesa por Sequeira, 2007) (Anexo IV).

No final da entrevista, se o participante ainda não possuir nenhum panfleto referente ao programa, este deve ser entregue (Apêndice VIII).

Após esta primeira abordagem, o CI pode dar início à sua participação nas sessões. Cada sessão tem tema, objetivos e conteúdos previamente definidos. Não existe a obrigatoriedade de iniciar o programa na primeira sessão, sendo que o mesmo funciona em “modo ciclo”, o fundamental é que o participante consiga estar presente em todas as sessões. Consideramos pertinente, que no início de cada sessão os elementos do grupo se apresentem, sejam relembradas as regras de funcionamento do mesmo e o tema que vai ser abordado.

Após a última sessão será realizada uma entrevista final individual com o EEESMP. Esta entrevista final, tem como foco avaliar o trabalho desenvolvido e obter feedback sobre as intervenções realizadas. Deste modo, deverá ser aplicada novamente a escala de sobrecarga do cuidador e o participante fará o preenchimento de um questionário individual sobre a sua apreciação do programa (Apêndice IX).

Papel do Enfermeiro Moderador

O papel do enfermeiro num grupo de apoio, não se limita à transmissão de informação. Entre outras, este tem a função de facilitar a interação entre os membros do grupo, através da realização de perguntas abertas e de pequenos desafios que pode lançar durante a reunião. A empatia, cordialidade e respeito, devem ser uma constante e todas as intervenções devem ter por base o estabelecimento de uma relação de ajuda.

O enfermeiro deve promover autoconfiança, ajudar os participantes a adquirirem autoestima e a atuarem efetivamente dentro do grupo, pelo que é importante encorajar e assegurar que todos os elementos têm a oportunidade de se expressarem e participarem, demonstrando aceitação e respeito por cada indivíduo, evitando ser crítico ou julgar o comportamento dos membros individualmente.

A comunicação assume neste contexto de grupo um papel fundamental, pois é impossível conseguir estabelecer uma relação de ajuda efetiva e de qualidade se não se conseguir comunicar eficazmente.

Os objetivos das sessões, falham proporcionalmente à medida que se ergue uma barreira à comunicação pelo que compete ao enfermeiro estar atento às atitudes e comportamentos que podem interferir na mesma de forma a que esta seja eficiente (Phaneuf, 2005; Vinogradov & Yalom, 1992).

Regras de Funcionamento do Grupo

Para um bom funcionamento do grupo e de forma a atingir os objetivos propostos, é fundamental informar os participantes das regras de funcionamento do mesmo: falar um elemento de cada vez, permitir que o outro fale até ao fim, não interromper o moderador, não haver conversas paralelas, a importância de todos participarem bem como o direito a estar calado e respeitar o tema escolhido. Não abandonar o local a meio da sessão. Manter os telefones no silêncio.

Composição do Grupo

É um grupo aberto, constituído por 6 a 10 elementos que sejam CI de pessoa com psicose, que estejam motivados e disponíveis para participar nas sessões. Todos os participantes têm de ter mais de 18 anos, devem ser encaminhados por um profissional de saúde e antes de integrarem o programa têm de realizar a entrevista inicial com o EEESMP. Como critérios de exclusão consideramos a existência de comportamentos que impeçam ou prejudiquem o funcionamento normal das sessões.

Duração do programa

O programa é constituído por 1 sessão semanal no total de 8, com a duração de aproximadamente 60 minutos cada uma.

Local e Horário

O local de realização das sessões será a consulta externa de psiquiatria do DPSM do centro hospitalar onde está a decorrer o estágio. O horário será definido à posteriori.

Metodologia

As intervenções psicoeducativas vão ser realizadas utilizando o método teórico expositivo e participativo. A abordagem vai ser multifamiliar.

Avaliação do programa

Realizar a avaliação do programa é fundamental, no sentido que vai permitir verificar se os objetivos delineados inicialmente foram atingidos e consecutivamente se as estratégias de intervenção utilizadas foram as adequadas, existindo ou não necessidade de reformulação das mesmas.

Como formas de avaliação deste programa, propomos a aplicação da Escala de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador de Zarit, a aplicar a todos os participantes na entrevista inicial e na entrevista final, o preenchimento por parte dos participantes do questionário de avaliação do programa que deverá ocorrer no momento da entrevista final e a observação clínica realizada pelo EEESMP.

Estrutura do Programa

O programa elaborado é constituído por 8 sessões com temas, objetivos e conteúdos definidos. A elaboração desta proposta de programa ao CI, teve por base o trabalho desenvolvido ao longo do estágio, no entanto não foi possível implementar o mesmo (limite de tempo) e tal não fazia parte dos objetivos delineados.

Tal como se pode observar na Tabela 3, esta apresenta as intervenções a implementar pelo EEESMP com os CI da pessoa com psicose, tendo-se optado por utilizar a linguagem CIPE, no que se relaciona com os objetivos e conteúdos apresentados na mesma. Tal como na maioria dos projetos, esta estrutura não tem necessariamente de ser definitiva, estando sujeita às alterações que o EEESMP considere pertinentes e adequadas.

Tabela 3 – Estrutura do programa

Sessão A – Tema: Saúde mental / doença mental / psicose	
Objetivos	Conteúdos
Clarificar conceitos saúde mental / doença mental. Informar sobre a psicose. Combater o estigma associado à doença mental.	Conceito de saúde mental. Conceito de doença mental. Ensinar sobre causa, sintomas, tratamento e evolução da psicose. Ensinar sobre estigma da doença mental / mitos associados à doença mental.
Sessão B – Tema: Resolução de problemas	
Objetivos	Conteúdos
Capacitar o CI na gestão da doença mental	Executar treino de resolução de problemas, nomeadamente: recusa em comparecer nas consultas, recusa em cumprir a medicação, recusa em cuidar da higiene, recusa em se alimentar, isolamento social e comportamento social desadequado. Executar treino de assertividade: saber dizer não.

Sessão C – Tema: Crise, sinais precoces de crise e prevenção das recaídas	
Objetivos	Conteúdos
Oferecer ferramentas aos CI que os ajudem a enfrentar os momentos de crise e a prevenir recaídas da pessoa cuidada	Ensinar sobre o processo de doença: como agir perante alucinações, delírios, comportamentos agressivos. Informar quais os sinais e sintomas que antecedem a crise. Ensinar sobre a importância da adesão ao tratamento. Orientar sobre a importância de estilos de vida saudáveis (alimentação; exercício físico; sono e repouso; consumos)
Sessão D – Tema: Estilos de vida saudáveis	
Objetivos	Conteúdos
Transmitir aos CI a importância de adotarem um estilo de vida saudável.	Instruir sobre: hábitos alimentares saudáveis, benefícios do exercício físico, importância de existirem momentos de convívio e de lazer, importância de planear tempo para si próprio, importância de manter uma correta vigilância de saúde.
Sessão E – Tema: Recursos existentes na comunidade / Estatuto do CI / Futuro da pessoa cuidada	
Objetivos	Conteúdos
Informar os CI sobre recursos disponíveis na comunidade e legislação existente.	Informar sobre: Reabilitação profissional / Empresas de inserção; Emprego apoiado / protegido; Associações de autoajuda; Apoio residencial e ocupacional; Centros comunitários. Informar sobre o estatuto do CI
Sessão F – Tema: Comunicação	
Objetivos	Conteúdos
Promover mudanças saudáveis na relação entre o CI e a pessoa cuidada. Ensinar a comunicar com sucesso.	Conceito de comunicação Ensinar sobre comunicação verbal / não verbal; habilidades de falar e de escutar.

	Informar sobre o papel dos reforços positivos Instruir sobre a importância do silêncio
Sessão G – Tema: Ansiedade / Stress / Insónia	
Capacitar o CI na gestão do stress, ansiedade e insónia	Executar sessão de relaxamento Ensinar sobre stress Instruir sobre estratégias de redução de stress / ansiedade Ensinar sobre a importância de planear o sono
Sessão H – Tema: Gestão de sentimentos e emoções	
Ensinar sobre como lidar com os sentimentos e emoções	Conceito de sentimento e de emoção. Encorajar a verbalização de sentimentos, emoções e medos. Ensinar a gerir as emoções. Informar sobre a importância de envolver a família e amigos.

2.2.5 Avaliação

A avaliação de um projeto é uma das etapas da metodologia de projeto, na qual se impõe verificar se os objetivos delineados anteriormente foram atingidos. Tal como refere Ruivo et al (2010, p.26) “Avaliar um projeto implica a verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente.”

De forma a facilitar o processo de avaliação pode ser utilizado um método de verificação da concretização dos objetivos, como por exemplo elaborar uma lista dos objetivos iniciais e verificar se estes foram atingidos. Se os objetivos não foram concretizados é importante perceber porquê, o que influenciou essa situação e quais as consequências, delineando de seguida possíveis estratégias que contribuam para a sua consecução. Caso se tenham atingido os objetivos propostos, algo que deve ser realizado é questionar a pertinência / utilidade dos mesmos (Ruivo et al, 2010).

De acordo com Nogueira (2005), ao avaliar-se um projeto deve-se realizar uma reflexão acerca de possíveis ajustes a serem feitos, se as respostas obtidas estão em consonância com a

problemática inicial, identificar aspetos positivos e negativos do projeto e reconhecer possíveis temas para projetos futuros.

Após a definição de alguns conceitos relacionados com esta etapa, consideramos poder referir, que conseguimos alcançar os objetivos inicialmente delineados para este projeto.

Relativamente ao objetivo geral, foi elaborada uma proposta de programa de apoio ao CI da pessoa com psicose, já descrita e apresentada anteriormente, com recurso a evidência científica e à literatura existente. Salientamos que este programa não foi implementado ao longo do estágio, devido ao limite temporal do mesmo.

Relativamente aos objetivos específicos, consideramos que as atividades desenvolvidas ao longo do estágio final contribuíram para a consecução dos mesmos, nomeadamente a realização da RIL e do Estudo Quantitativo que permitiram identificar quais as reais dificuldades dos CI da pessoa com psicose, de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados, para a capacitação dos CI e para a recuperação da pessoa com psicose.

Gostaríamos de referir que a proposta de programa apresentada, foi elaborada com o intuito de futuramente se poder constituir como uma ferramenta da prática clínica a ser utilizada e implementada no local onde foi realizado o estágio final.

2.2.6. Divulgação de Resultados

A divulgação dos resultados, constitui-se como a última etapa da metodologia do projeto, na qual o pretendido é dar a conhecer ao público em geral, a alguma entidade ou uma população específica o percurso realizado e os resultados obtidos.

Na área da saúde, a divulgação dos resultados de um projeto vai contribuir para que os clientes percebam os esforços realizados pela instituição no sentido da melhoria dos cuidados prestados bem como, possibilitar que os clientes, profissionais e outras instituições tenham acesso à informação científica obtida (Ruivo et al, 2010).

Citando Ruivo et al (2010, p.31) “A divulgação assegura o conhecimento externo do projeto e a possibilidade de discutir as estratégias adotadas na resolução do problema.”

Assim sendo, e de forma a divulgar os resultados do projeto recorreremos à realização do presente relatório de Mestrado em Enfermagem, no qual se concretiza todo o trabalho desenvolvido.

Consideramos igualmente como elementos de divulgação dos resultados obtidos, uma apresentação realizada à equipa de enfermagem do projeto de intervenção no serviço, a

elaboração de um artigo científico sobre as “Principais dificuldades dos cuidadores informais da pessoa com doença mental grave”, que foi submetido para a Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, cuja resposta se aguarda (Apêndice XI), a elaboração de um poster relativo ao estudo de caso realizado (Apêndice XII) e a elaboração de um panfleto de divulgação do Programa de apoio ao CI da pessoa com psicose (Apêndice VIII).

Ao desenvolvermos estas atividades, o pretendido é aumentar e divulgar o conhecimento científico acerca da temática estudada o que irá contribuir para a qualidade dos cuidados prestados na prática clínica.

Tal como referem Ruivo et al (2010, p.34) “No que concerne à divulgação dos resultados, é do nosso entendimento que esta consiste num dever ético do investigador.”

3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O presente capítulo tem o intuito de apresentar o percurso das aprendizagens realizadas no local de estágio descrito anteriormente, bem como algumas das atividades desenvolvidas em contexto profissional e que permitiram o reconhecimento e validação de competências. Vão ser mencionadas as competências comuns do EE, específicas do EEESMP e de Mestre em Enfermagem, sendo que as atividades desenvolvidas que possibilitaram a aquisição, desenvolvimento e interiorização das mesmas, serão abordadas de forma reflexiva.

A OE, no decorrer das suas funções de regulamentação e de controlo do exercício profissional, desenvolveu um conjunto de atividades para definir o nível de qualificação profissional dos enfermeiros, regulamentar o exercício da profissão e a atribuição do título, que tornaram possível e necessária, a definição de competências dos enfermeiros de cuidados gerais e dos enfermeiros especialistas nas diversas áreas de especialização existentes. Este processo de definição de competências, teve por base o conceito de cuidados de enfermagem da OE (2015, p.99) “intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais.”

Tal como se pode observar no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), as intervenções de enfermagem caracterizam-se por uma interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade; estabelecimento de uma relação de ajuda com o utente; utilização de metodologia científica; utilização de formas de atuação de acordo com o grau de dependência do utente (OE, 2015).

Na sequência da abordagem das competências no contexto da enfermagem, e porque acreditamos que a reflexão sobre a prática, descrevendo as experiências vividas e os resultados obtidos através da partilha de narrativas pessoais, constituem uma oportunidade de aquisição de competências nos diferentes domínios da profissão, consideramos pertinente referir Benner.

Segundo Benner (2001, p.40), “Uma grande quantidade de conhecimento não referenciado está integrado na prática e no “saber fazer” das enfermeiras peritas, mas esse conhecimento não poderá alargar-se ou desenvolver-se completamente se as enfermeiras não anotarem sistematicamente aquilo que aprendem a partir da sua própria experiência.”

Benner (2001), baseou-se nos cinco níveis de proficiência identificados por Dreyfus: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito, e aplicou-os na prática clínica de

enfermagem, referindo que de acordo com o nível de competência do enfermeiro, assim será a resposta deste para a resolução do problema, sendo que um enfermeiro iniciado vai intervir de forma diferente que o enfermeiro perito. A autora, atribui esta diferença de atuação, ao saber adquirido através da experiência, que vai servir de base na atuação do enfermeiro perito. Benner (2001) atribui características, comportamentos e necessidades de aprendizagem específicas a cada nível de proficiência:

Iniciado: não possui experiência das situações em que está envolvido; têm de ser ensinadas as regras e normas para o guiar nos seus atos; regra geral este nível aplica-se aos estudantes; mesmo sendo perito em determinada área se o enfermeiro integrar um novo serviço passa a ser considerado iniciado.

Iniciado avançado: comportamento considerado aceitável porque já lidou com situações reais suficientes que lhe permitiram adquirir alguma experiência. Neste nível a orientação tem por base regras e tarefas, sendo difícil uma visão mais abrangente. Regra geral este nível aplica-se às enfermeiras recém-formadas.

Competente: trabalha no mesmo serviço há dois ou três anos; tem noção dos seus atos em termos objetivos e dos planos a longo prazo dos quais está consciente; sente que possui conhecimento acerca das coisas e que tem capacidade de resolver situações imprevistas.

Proficiente: percebe a situação como um todo e não de forma isolada; possui um domínio intuitivo do momento; aprende pela experiência o que pode ocorrer em determinada situação e o que em princípio não irá acontecer; melhor processo de decisão; demonstra uma maior confiança nos seus conhecimentos e capacidades, revelando abertura para a mudança; existe um maior envolvimento com o doente e família.

Perito: caracteriza-se por existir um domínio intuitivo da situação, bem como a capacidade de identificar o foco do problema e ao mesmo tempo considerar uma série de diagnósticos e soluções alternativas; possuir a capacidade de reconhecer padrões tendo por base a experiência; existir um conhecimento do doente enquanto pessoa, que permite delinear intervenções de acordo com as reais preocupações e necessidades do doente.

Após a leitura e análise reflexiva das características que Benner atribui a cada nível de proficiência e tendo em conta o facto de exercermos funções há cerca de 25 anos num serviço de internamento de psiquiatria de adultos em fase aguda, situação que possibilitou a aquisição de experiência prévia na área de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, consideramos que antes de iniciar este percurso formativo, de uma forma geral e de acordo com o referido pela autora, este foi iniciado num nível de competência de “perito”.

Ao refletirmos sobre o percurso realizado, as experiências vividas, estratégias delineadas e intervenções realizadas, observamos que existiu um evoluir em termos de atuação ao longo dos anos e que o nosso agir se pauta por um domínio intuitivo da situação e identificação do foco problemático. A capacidade de realizar o diagnóstico da situação, considerar as várias soluções possíveis, habilidades de reconhecer comportamentos padrão é algo que a experiência nos proporcionou, bem como a existência de um conhecimento prévio do utente enquanto pessoa, elementos fundamentais para delinear as intervenções adequadas e individualizadas a cada situação específica.

Gostaríamos ainda de referir que as diversas competências atribuídas aos enfermeiros, têm um caráter dinâmico e que não devem ser analisadas de uma forma isolada, pois na nossa prática diária, quando prestamos cuidados, mobilizamos várias competências em simultâneo.

3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A OE define competências comuns do EE como sendo as “competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade...” (OE, 2019, p.4745). As competências comuns do EE, tal como referido pela OE (2019, p.4744), envolvem “as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.”

Relativamente às competências comuns do EE, estas estão divididas em quatro domínios, o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; o domínio da melhoria contínua da qualidade; o domínio da gestão de cuidados e o domínio do desenvolvimento das aprendizagens pessoais (OE, 2019).

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Quase tudo o que um enfermeiro faz, implica decidir e agir! Na nossa prática diária deparamo-nos constantemente com a necessidade de tomarmos decisões, algumas menos complexas, outras de maior complexidade que implicam uma análise e reflexão mais profundas. No entanto, independentemente da dificuldade que se tenha ou não, em tomar uma decisão, enquanto enfermeiros não podemos deixar de o fazer. Citando Nunes (2006, p.3) “Tomamos decisões no sentido de um agir que responda às necessidades das pessoas – por isso a tomada

de decisão não se dispensa nem a ela se renuncia”. Atenção, que o não agir, pode por si mesmo constituir uma tomada de decisão!

Consideramos que, as intervenções, ou as respostas às situações com os quais nos deparamos na nossa prática diária, pressupõem sempre uma análise reflexiva que inclui a componente ética, deontológica e jurídica, pois sem estas três vertentes toda e qualquer análise e tomada de decisão incorrem em possível erro.

No número 1 do Artigo 99º do código deontológico dos enfermeiros (CDE) da OE (2015, p.80), podemos ler que “As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.”

As intervenções autónomas dos enfermeiros, vão assumir neste processo um papel fundamental assim como a responsabilidade inerente à própria profissão, estas intervenções, devem-se basear na formação, na experiência, nos conhecimentos e na evidência científica, à luz das linhas orientadoras da prática e que constam no REPE e no CDE: “Consideram-se autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais...” (OE, 2015, p.102).

Agir com responsabilidade na tomada de decisão implica ter a capacidade de justificar as escolhas feitas e atitudes tomadas através de argumentos válidos, tal como se pode ler no artigo 97º do CDE, 1- Os membros efetivos estão obrigados a) “Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem.” (OE, 2015, p.78).

Na área da enfermagem da saúde mental e psiquiátrica, a ética assume uma especial importância, pela vulnerabilidade aumentada da população com doença mental. Destacamos a problemática do tratamento e internamento compulsivos. Temas passíveis de serem encarados de diferentes perspetivas, o que implica reflexão sobre a legalidade do processo, a ética e deontologia e os direitos e deveres do utente, família e profissionais de saúde.

Como refere Nunes (2016, p.29) “Para os profissionais de saúde é muito claro que a ação que desenvolvem se depara com limites. Desde logo, os limites das possibilidades científicas, das técnicas e dos seus deveres, de origem deontológica e com enquadramento jurídico. Mas também os limites da vontade das pessoas doentes, da sua expressão de aceitação ou de recusa do que lhes é proposto.”

Neste contexto, observamos a importância de adquirir e desenvolver o conhecimento sobre a Lei da Saúde Mental, pois oferece linhas orientadoras da prática de enfermagem,

essenciais para uma tomada de decisão fundamentada por parte do profissional, privilegiando sempre o bem-estar e recuperação do doente, respeitando o quadro jurídico existente.

Consideramos que as tomadas de decisão e intervenções realizadas, quer ao longo do estágio final quer ao longo da prática em contexto de trabalho, tiveram por base o respeito pelos direitos humanos e as responsabilidades inerentes à profissão. Agir de acordo com as normas legais, os princípios éticos e deontológicos é uma preocupação e foco constantes, tal como referido nos critérios que constituem o domínio A, desta competência.

O local de estágio e o local onde desempenhamos funções (serviço de internamento de psiquiatria), são contextos que se caracterizam por proporcionarem uma variedade de experiências “peculiares”, dilemas que suscitam dúvidas e problemáticas cujas respostas exigem para além dos conhecimentos científicos, o recurso a normas legais, princípios éticos e deontológicos que sustentem as tomadas de decisão, quer perante o utente quer perante a sua família. Ao longo deste percurso profissional e enquanto estudantes de mestrado, tivemos oportunidade de participar em reuniões de equipa multidisciplinar com o intuito de definir projetos terapêuticos envolvendo tomadas de decisão e posteriormente proceder à avaliação e análise reflexiva das intervenções planeadas e resultados das mesmas, de forma promover o desenvolvimento de uma prática especializada.

De referir que as estratégias de resolução de problemas e propostas de tratamento foram discutidas e apresentadas ao utente e inúmeras vezes aos familiares cuidadores, o que demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, o respeito pelos direitos dos utentes no acesso à informação e sempre que possível o respeito do utente na escolha e autodeterminação no que se relaciona com os cuidados prestados. A segurança e a confidencialidade das informações quer orais quer escritas foi algo a que sempre estivemos atentos e garantimos, facto igualmente transmitido ao próprio utente.

Todas as resoluções que ocorreram ao longo do estágio final surgiram após discussão e validação com a enfermeira orientadora, cuja experiência, conhecimentos e disponibilidade contribuíram para uma análise reflexiva das situações experienciadas, o que consideramos essencial no processo de desenvolvimento de competências EE.

Assim, de acordo com o referido anteriormente, podemos concluir que as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal foram adquiridas através dos comportamentos adotados.

Domínio da melhoria continua da qualidade

Relativamente a este domínio, cabe ao EE assumir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, desenvolver práticas de qualidade, ao gerir e colaborar em programas de melhoria contínua e garantir um ambiente seguro e terapêutico (OE, 2019).

Ao abordarmos a temática da qualidade, é impossível não referirmos os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Cada vez mais, é exigido aos enfermeiros, e estes também estabeleceram esse patamar de exigência para si mesmos, uma atuação que se enquadre nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, tendo como finalidade a excelência do exercício profissional, nas mais variadas situações de atuação. Os padrões de qualidade são facilitadores do rigor e da qualidade dos cuidados prestados, promovem a satisfação do cliente e originam melhores resultados organizacionais, fatores que vão contribuir para uma melhor representação e valorização da profissão.

De acordo com o descrito no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (OE, 2015), os enunciados descritivos identificados para a enfermagem em saúde mental são: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a adaptação, a organização dos cuidados de enfermagem, a relação psicoterapêutica, a redução do estigma e a promoção da inclusão social. Cada um destes oito enunciados, tem definidas as intervenções do enfermeiro de cuidados comuns bem com as intervenções do enfermeiro especialista em saúde mental, sendo que a nossa atuação ao longo do estágio e percurso profissional foi sustentada nestes enunciados.

No início do estágio final, foi realizada uma reunião informal com o elemento responsável do local onde este iria decorrer e com a enfermeira orientadora, com o intuito de perceber de que forma poderíamos contribuir para alcançar e cumprir alguns dos objetivos da instituição no processo de melhoria contínua da qualidade. Assim, a escolha recaiu na elaboração de um programa de apoio aos cuidadores familiares da pessoa com doença mental grave, nomeadamente com psicose.

No contexto da qualidade observamos que, quer ao longo do estágio final quer ao longo do percurso profissional as intervenções realizadas tiveram como foco manter a qualidade técnica dos cuidados, a credibilidade e coerência dos registos de Enfermagem, a articulação com os colegas e com a restante equipa multidisciplinar no sentido da continuidade dos cuidados prestados, promover o envolvimento da família no processo de recuperação do utente e

respeitar a individualidade de cada um no que se relaciona com crenças culturais, religiosas e espirituais.

Consideramos pertinente referir que ao longo do percurso profissional enquanto enfermeiros de cuidados gerais surgiram diversas oportunidades de colaborar na Melhoria Contínua da Qualidade, sendo que iniciámos e participámos em alguns projetos institucionais dentro desta área.

De realçar a elaboração, apresentação e implementação de três projetos de melhoria dos cuidados prestados aos doentes internados:

- "Guia de Integração dos Assistentes Operacionais", do Serviço de Internamento de Psiquiatria. O guia elaborado é direcionado aos Assistentes Operacionais e tem como principal objetivo "Proporcionar a aquisição e o desenvolvimento de competências exigidas para o atendimento ao cliente com alterações da saúde mental". Através da implementação deste projeto foi possível perceber a importância que o enfermeiro assume no contexto de um serviço de internamento no que se relaciona com a formação / desempenho dos assistentes operacionais. Atualmente e depois da elaboração deste trabalho, é possível identificar mais facilmente as situações em que o assistente operacional tem maior dificuldade, no que se relaciona com a abordagem ao doente e assim estar mais presente nestes momentos, bem como reforçar a formação em áreas específicas.
- Projeto de ocupação de tempos livres dos doentes internados, através de uma intervenção lúdico-terapêutica, subordinado ao tema "A Mente, a Música e o Movimento". Este projecto surgiu perante a necessidade sentida de proporcionar aos doentes internados situações facilitadoras da sua recuperação. Assim sendo, deu-se início à realização de sessões de movimento em associação com música, no serviço de internamento de psiquiatria.
- Projeto "Reuniões de Enfermaria" que surge perante a evidência de ser essencial proporcionar um ambiente terapêutico durante o internamento, um espaço em que o doente possa expressar / partilhar os seus sentimentos, desejos, experiências e dúvidas, de forma a facilitar a sua recuperação.

Pelo descrito anteriormente consideramos, que as competências que integram o domínio B foram atingidas com sucesso, sendo que as práticas realizadas, assentaram nos pressupostos de garantir o respeito pelo outro e pela sua individualidade e garantir um ambiente terapêutico, protetor e seguro.

Domínio da gestão dos cuidados

Relativamente a este domínio, cabe ao EE gerir os cuidados de enfermagem de forma a otimizar a resposta e articulação da sua equipa, na equipa de saúde e ainda garantir a qualidade dos cuidados através de uma liderança e gestão adequadas aos diversos contextos e situações (OE, 2019).

No sentido de adquirir as competências referentes a este domínio, foram várias as atividades desenvolvidas ao longo do percurso profissional e académico. De realçar a colaboração na implementação e elaboração de normas e protocolos, o desempenho de funções de chefe de equipa e responsável de turno no serviço de internamento de psiquiatria, bem como a colaboração na integração de novos colegas. Estas funções foram desempenhadas de forma a fazer sobressair e a retirar do grupo o melhor que este tinha para oferecer, o que exige uma liderança adaptada às características quer do grupo quer da instituição, às quais se procurou estar atento.

Um bom líder adapta-se ao grupo para tentar compreender o seu contexto e assim optar pelo estilo de liderança mais adequado á situação, de forma a garantir a qualidade dos cuidados, proporcionar um bom ambiente de trabalho na equipa, escutar e respeitar a opinião dos outros, olhando para os diferentes pontos de vista de modo construtivo.

Segundo Teixeira (2005, p.163) “Liderança é o processo de influenciar outros de modo a conseguir que eles façam o que o líder quer que seja feito, ou ainda, a capacidade para influenciar um grupo a atuar no sentido da prossecução dos objetivos do grupo.”

Assim sendo, consideramos que estas atividades proporcionaram a aquisição e desenvolvimento da capacidade de liderança e de trabalho em equipa.

A participação nas reuniões multidisciplinares com intervenção ao nível da tomada de decisão, a articulação com as várias valências e profissionais de saúde que integram o DPSM e com as várias instituições existentes na comunidade direccionadas ao apoio da pessoa com doença mental, constituíram-se uma mais valia relativamente à aquisição de competências no domínio em questão.

Consideramos que uma das atividades realizadas ao longo do percurso profissional que se enquadra no domínio da gestão de cuidados, foi a orientação e avaliação do ensino clínico de alunos da licenciatura em enfermagem no serviço, em colaboração com diversas escolas, que permitiu o desenvolvimento da capacidade de orientar, supervisionar e avaliar estudantes.

Relativamente ao papel que o EE assume no seio da equipa, e às tarefas que o mesmo pode delegar, estamos cientes da responsabilidade que esta função acarreta, pelo que, quer ao

longo do estágio final quer do percurso profissional, a supervisão e avaliação das mesmas foi uma preocupação constante. Foi possível delegar tarefas em Assistentes Operacionais e estudantes da licenciatura em enfermagem, sendo que o descrito na e) do artigo 109º CDE, foi um pressuposto a cumprir “Garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos.” (OE, 2015, p.86). Neste sentido, sempre tivemos em atenção a importância de supervisionar e verificar toda e qualquer tarefa delegada.

Pelo descrito anteriormente consideramos, que as competências que integram o domínio da gestão dos cuidados, foram atingidas com sucesso.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Relativamente a este domínio, cabe ao EE desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, assim como basear a sua prática clínica especializada em evidência científica (OE, 2019).

Consideramos que na área da saúde mental o enfermeiro utiliza diversas técnicas de intervenção, que podem diversificar-se, consoante quem está envolvido, sem serem desadequadas ou erradas. Cada um vive e percebe o momento de interação de modo diferente, de acordo com as suas características pessoais, optando pelo que, em determinada circunstância lhe parece ser o mais correto em termos de intervenção. Cada um de nós, possui uma ferramenta exclusivamente sua, que tem uma forte influência numa relação ou situação, é ele próprio e a sua personalidade.

Travelbee (cit. por Tomey, A.M., 2002, pg.468) refere que “O uso terapêutico do self é a capacidade de usar a sua personalidade conscientemente e com total conhecimento, numa tentativa de estabelecer uma relação e de estruturar a intervenção de enfermagem”. De acordo com o referido anteriormente, emerge a importância do autoconhecimento, da assertividade e do desenvolvimento pessoal. O EE necessita de crescer e aprender sobre si mesmo, construir a sua personalidade, aumentar a sua capacidade de relação e adquirir novas experiências, para posteriormente produzir condições facilitadoras da relação, ajudar o outro a crescer, a resolver os seus problemas e a desenvolver as suas potencialidades.

No entanto, observamos que a importância do autoconhecimento e da assertividade não se aplica apenas nas relações terapêuticas, mas também na relação que se estabelece com os colegas e com os outros profissionais, é um processo que implica uma análise e reflexão profunda sobre as experiências vividas enquanto enfermeira e enquanto estudante.

O percurso académico realizado consolidou a importância e contribuiu para o desenvolvimento da assertividade e do autoconhecimento, não só pelas reflexões individuais sobre as vivências, mas também pelas reflexões e partilhas com a enfermeira orientadora, o que consideramos ser uma mais valia e um contributo essencial na qualidade dos cuidados prestados.

Com o intuito de adquirir e aprofundar conhecimentos surgiram diversas oportunidades de participar no plano geral de formação do serviço de internamento de psiquiatria, quer como formanda quer como formadora, assim como a participação em congressos e formações direcionadas para a saúde mental.

Todas estas participações foram fundamentais para desenvolver aprendizagens, para a aquisição de novos conhecimentos no contexto da melhoria nos cuidados prestados bem como, para a tomada de decisão fundamentada em conhecimentos especializados.

Durante a realização do estágio final tivemos oportunidade de realizar uma RIL e um estudo descritivo transversal de base quantitativa, de acordo com a metodologia de projeto, tendo estas atividades tido um contributo significativo para que as intervenções delineadas se fundamentassem em evidência científica.

Em síntese, e perante o exposto anteriormente, podemos afirmar que as competências que integram o domínio em análise, foram desenvolvidas e adquiridas com sucesso.

3.2 Competências Específicas do EEESMP

A OE define competência específica do EE como sendo “as competências específicas que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.” (OE, 2019, p. 4745).

De acordo com o descrito no regulamento nº515/2018 da OE “O EESMP compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais.” (OE, 2018).

Como competências específicas do EEESMP, a OE definiu quatro competências, com as respetivas unidades de competência e critérios de avaliação, sendo que neste subcapítulo serão

abordadas e referidas as atividades realizadas que permitiram adquirir e desenvolver as mesmas.

Na abordagem a este tema, e no que se relaciona com as competências específicas do EEESMP, gostaríamos de referir o Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave (OE, 2021). De acordo com o apresentado neste guia, as estratégias de atuação dirigidas à pessoa com doença mental grave, devem-se basear no empoderamento, no recovery e na figura de gestor de caso ou terapeuta de referência, tendo como foco a recuperação e reinserção desta na sociedade. Relativamente ao modelo de gestão de caso, este é fundamental pois permite que se prestem cuidados eficientes, de maior proximidade e continuidade, que melhorem a saúde mental e o bem-estar da pessoa com doença mental grave. O empoderamento, tem como objetivo, capacitar a pessoa para assumir o controlo da gestão do seu processo de saúde/doença, promovendo a autonomia e responsabilidade do próprio. O recovery é um processo que envolve mudanças de atitudes, valores e sentimentos da pessoa, em que esta assume uma forma de viver com maior satisfação e esperança, traçando novos objetivos de vida, de acordo com a sua perceção da doença. (OE, 2021). Assim, entendemos que as competências específicas do EEESMP, devem de ir ao encontro e possibilitar desenvolver e implementar as estratégias de intervenção descritas anteriormente.

A primeira competência “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.” (OE, 2018, p. 21427).

A relação de ajuda ou relação terapêutica, é a relação que se pode estabelecer entre o enfermeiro e o cliente no âmbito do desempenho das suas intervenções e caracteriza-se por um processo relacional dinâmico, em que uma pessoa verbaliza as suas necessidades ou dificuldades, para outra que o escuta, e que o vai tentar ajudar na resolução dos seus problemas, a constatar e compreender de diferentes maneiras a situação existente e a tomar consciência das diferentes formas de ver a realidade de modo a poder enfrentá-la e diminuir o seu sofrimento e angústia.

Phaneuf (2005, p.324) define relação de ajuda como “...uma troca tanto verbal como não verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de compreensão e o fornecimento do apoio de que a pessoa tem necessidade no decurso de uma prova. Esta relação permite à pessoa compreender melhor a sua situação, aceitá-la melhor e, conforme o caso, abrir-se à mudança e à evolução pessoal, e tomar-se a seu cargo para se tornar mais

autônoma. Esta relação ajuda a pessoa a demonstrar coragem diante da adversidade, e mesmo diante da morte.”

Consideramos que a relação de ajuda ou terapêutica constitui o ponto central do exercício da enfermagem, e que para que esta seja eficaz, o EE deve deter determinadas capacidades, que só consegue adquirir através de um processo de auto consciencialização perante as intervenções que realiza e as situações que vivencia. Neste sentido, quer ao longo do percurso profissional, quer ao longo do estágio, foi uma preocupação constante refletir de forma crítica e construtiva sobre situações pertinentes que permitiram adquirir um maior conhecimento quer do próprio, quer do outro. Observamos que as experiências vividas e refletidas em contexto profissional, contribuíram significativamente para o nosso autoconhecimento, e que todo o trabalho realizado com o nosso “eu” pessoal, permitiu que ocorressem as mudanças necessárias para estabelecer a relação terapêutica.

Segundo Taylor (1992, p.70), “Embora as interações terapêuticas enfermeira-cliente possuam elementos comuns, são desenvolvidas diferentemente por cada pessoa dependendo das características dos indivíduos envolvidos”. Esta afirmação corrobora a ideia de que cada um de nós, possui uma ferramenta exclusivamente sua, que pode influenciar o cliente tanto, ou mais, que qualquer medicamento ou terapia, é ele próprio e a sua personalidade, emergindo assim a importância do conhecimento e consciência de si mesmo. Tal como refere Taylor (1992, p.71) “...o uso que a enfermeira faz da sua própria personalidade pode ter uma grande influência terapêutica...embora a enfermeira possa empregar dúzias de medicamentos diários e auxiliar com outras terapias somáticas, o principal modo como ela influencia diretamente no atendimento ao paciente é através do uso que faz de si mesma, enquanto lida com um cliente em interações individuais.”

Consideramos que aprendemos e desenvolvemos as habilidades e estratégias necessárias para conseguir estabelecer uma relação de ajuda efetiva e de qualidade, não esquecendo a importância que as técnicas de comunicação verbal e a comunicação não verbal assumem neste contexto. Como fatores facilitadores e promotores desta aprendizagem, referimos as leituras efetuadas, filmes assistidos e as reflexões e análises realizadas de forma individual e em conjunto com a enfermeira orientadora acerca das interações concretizadas junto do cliente.

Procedemos à análise dos fenómenos de transferência e contra-transferência, que nos permitiu adquirir novas estratégias para os resolver. Phaneuf (2005) refere-se ao processo de transferência como sendo o conjunto de emoções e de sentimentos bons ou maus que se

desenvolvem por parte do cliente em relação ao enfermeiro, e que podem surgir durante o processo de relação de ajuda. O enfermeiro deve estar atento à atitude do cliente e se necessário clarificar a origem destes sentimentos e emoções. A transferência que por vezes ocorre do cliente para o enfermeiro, pode originar a chamada contratransferência. A contratransferência consiste nas emoções e sentimentos que o enfermeiro desenvolve, perante o comportamento da pessoa ajudada e perante o que esta lhe transmite. Se forem muito intensos ou fortes, podem interferir de forma negativa na relação.

A consciência da existência de fenómenos de contratransferência torna o EE mais responsável pelo seu trabalho, este deve dedicar especial atenção à sua postura corporal, emoções e respostas comportamentais e se sentir que não está a ser capaz de se auto controlar, de impedir que os seus sentimentos interfiram negativamente no processo de ajuda, deve terminar a relação. Este processo foi alcançado com a ajuda, partilha e reflexão de experiências, conhecimentos e técnicas, em conjunto com a enfermeira orientadora e que possibilitaram e conduziram a um processo de melhoria dos cuidados prestados.

Ao longo deste percurso dedicámos especial atenção ao desenvolvimento da capacidade de identificar emoções, sentimentos e juízos de valor que de uma forma ou de outra pudessem interferir de forma negativa na relação terapêutica, a partilha e análise das sensações, da perceção do que foi dito e feito, pensamentos, emoções e motivações, foram contributos fundamentais no caminho realizado. A consciência de si próprio, do que se sabe e do que se sente, vão contribuir para o autoconhecimento e consequentemente melhorar a capacidade de melhor compreender e ajudar o outro. Tal como refere Townsend (2011, p.122), “Conhecer-se e entender-se a si próprio aumenta a capacidade de formar relações interpessoais satisfatórias. A autoconsciência requer que o indivíduo reconheça e aceite o que valoriza e aprenda a aceitar a singularidade e diferença nos outros.”

De referir que de forma a preservar a integridade e o processo da relação terapêutica, foram mantidos e respeitados os limites e contexto da relação profissional. Compete desta forma aos enfermeiros possuírem a capacidade de reconhecerem quando é que os limites foram ultrapassados e a relação com o cliente comprometida, tomando decisões em conformidade e com base no melhor interesse do mesmo (Townsend, 2011).

Gostaríamos de salientar que algumas das unidades curriculares do primeiro ano do mestrado, nomeadamente “Análise Diagnóstica e Intervenção Terapêutica” e “Relação de Ajuda em Saúde Mental”, através dos exercícios teórico-práticos realizados promoveram a

autorreflexão acerca da importância do autoconhecimento e da autoconsciência, nos processos relacionais que se estabelecem com o outro.

Em síntese, consideramos que todas as reflexões críticas e partilhas realizadas sobre o trabalho desenvolvido e sobre as intervenções realizadas, contribuíram para o autoconhecimento e para a autoconsciencialização, assim, e perante o exposto anteriormente, podemos afirmar que a competência em análise, foi desenvolvida e adquirida com sucesso.

A segunda competência “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental.” (OE, 2018, p. 21427).

A colheita de informação que vai permitir ao enfermeiro realizar a avaliação das necessidades do cliente, constitui-se como uma das etapas do processo de enfermagem. Segundo Townsend (2011), a existência de um processo de enfermagem é fundamental para sistematizar a prestação de cuidados de enfermagem. Esta autora, refere-se ao processo de enfermagem como algo dinâmico, contínuo, orientado por objetivos com o foco de prestar cuidados de qualidade ao cliente e que inclui todas as intervenções significativas realizadas pelo enfermeiro.

Neuman atribuiu três fases ao processo de enfermagem: diagnóstico de enfermagem, metas de enfermagem e resultados de enfermagem. De acordo com o descrito por esta autora, consideramos que a competência em análise está diretamente relacionada com a primeira fase do processo de enfermagem, durante a qual é expectável que o enfermeiro realize uma colheita de dados que lhe permita analisar as variações no bem-estar do cliente e determinar os respetivos diagnósticos (McEwen & Wills, 2009).

Ao longo do nosso percurso profissional, e porque desempenhamos funções num serviço de internamento de psiquiatria, foi possível e imprescindível, desenvolver diversas atividades no sentido de realizar uma eficiente avaliação diagnóstica do cliente com o foco de identificar as suas necessidades em termos de saúde mental, no entanto, a experiência detida, foi complementada e consolidada com as atividades realizadas no estágio final, que permitiram desenvolver estas competências num contexto diferente o que se revelou como sendo muito enriquecedor e fundamental neste percurso.

Deste modo, como atividades realizadas quer ao longo do percurso profissional quer ao longo do estágio final, e que consideramos terem contribuído para a aquisição da competência em análise, temos a referir:

O Acolhimento da pessoa com doença mental em fase aguda: durante o acolhimento realizamos a entrevista de enfermagem de admissão que se constitui como sendo um momento

essencial de avaliação diagnóstica. Tal como refere Lopes (2006), a avaliação diagnóstica deve ser orientada no sentido de permitir ao enfermeiro perceber o que o doente sabe, o que o preocupa e quais as estratégias ou capacidades que este possui. Por norma esta entrevista inicial corresponde ao primeiro encontro que temos com o cliente, assumindo por isso contornos diferentes dos futuros momentos de interação. Perante uma situação aguda, o enfermeiro depara-se com o cliente num momento de maior vulnerabilidade e instabilidade, o que se constitui como sendo um contexto muito desafiante e exigente em termos de intervenção terapêutica, enquanto enfermeiros peritos, consideramos que a avaliação diagnóstica da qual faz parte a avaliação do estado mental, se inicia aqui.

A realização de várias entrevistas de enfermagem de colheita de dados, cujo foco foi recolher as informações necessárias no sentido de identificar os problemas existentes, estabelecer um diagnóstico de enfermagem e posteriormente definir as intervenções adequadas. Ao longo destas entrevistas de enfermagem, dedicámos especial atenção e empenho em demonstrar e transmitir disponibilidade e confiança ao cliente, privacidade e garantir a confidencialidade, pilares que consideramos essenciais para que se consiga estabelecer uma relação terapêutica que permita realizar a recolha de informações necessárias para compreender a condição de saúde mental do mesmo.

Procedemos à análise e reflexão sobre a importância do primeiro encontro, sendo que este é fundamental e vai influenciar as interações futuras, neste momento o EE deve dedicar especial atenção à comunicação (verbal e não verbal), instrumento essencial em enfermagem, com grande relevância na área da psiquiatria e no estabelecimento da relação de ajuda, sobre o qual tivemos oportunidade de aprender e treinar. Algo a que dedicámos especial atenção, foram aos comportamentos e atitudes que podem interferir quer de forma positiva quer de forma negativa na eficácia do processo comunicacional, tais como a postura corporal, gestos, proxémia, contacto visual, expressão facial, tom de voz, respiração, silêncio, aparência geral e toque (Phaneuf, 2005).

Desenvolvemos e treinámos a capacidade de observação direta do comportamento do doente, incluindo momentos de reflexão acerca da sua importância na avaliação diagnóstica.

Realização de um estudo de caso (Apêndice X), no qual foi aplicada a metodologia do processo de enfermagem, tendo sido efetuada uma avaliação inicial, a partir da realização de entrevistas de enfermagem formais, semiestruturadas, que possibilitaram identificar as problemáticas da cliente e posteriormente elaborar os respetivos diagnósticos de enfermagem. A utilização da técnica da entrevista de enfermagem possibilitou um conhecimento da pessoa

com necessidade de ajuda e posteriormente, através da observação direta e da avaliação do estado mental, foi possível identificar as capacidades internas e recursos externos da mesma, passíveis de serem mobilizados na manutenção e recuperação da saúde mental, fatores essenciais para se delinearem as intervenções a realizar.

Realizámos em diferentes contextos (internamento, programa de soroterapia, programa de decanoatos, consulta de follow up telefónica), avaliações do estado mental do cliente no sentido de complementar a avaliação diagnóstica e identificar possíveis alterações do que é expectável, nas várias áreas do funcionamento mental.

A elaboração dos registos clínicos de enfermagem, assim como, as passagens de turno e reuniões clínicas multidisciplinares foram momentos de aprendizagem, que permitiram partilhar informações e garantir a continuidade dos cuidados prestados.

Realização da RIL com o foco de apurar a evidência científica existente relacionada com as dificuldades sentidas pelo cuidador informal da pessoa com psicose (tema central do trabalho desenvolvido), que contribuiu para aumentar os conhecimentos nesta área e consequentemente nos conduzirá para uma melhor compreensão do estado de saúde mental dos clientes.

Realização de um estudo descritivo transversal de base quantitativa, que possibilitou a recolha da informação necessária para estabelecer um programa de apoio ao cuidador informal da pessoa com psicose, direcionado e apropriado para dar resposta às necessidades específicas de uma população em concreto. A importância da realização deste estudo, está diretamente relacionada com a pertinência de realizar uma correta avaliação diagnóstica que permita promover e proteger a saúde mental e prevenir a perturbação mental num determinado grupo específico.

Realização do levantamento das características sociodemográficas dos cuidadores informais da pessoa com doença mental acompanhada no local de estágio, através da aplicação de um questionário elaborado especificamente para o efeito (Apêndice II), adquirindo desta forma um conhecimento fundamental para a elaboração do programa de apoio ao cuidador familiar da pessoa com psicose.

Ao longo da análise reflexiva de aquisição desta competência, foram várias as vezes que referimos a realização de entrevistas de enfermagem de colheita de dados, pelo que consideramos pertinente apresentar a definição proposta por Phaneuf (2005, p.265), para este tipo de entrevistas “trata-se de uma comunicação profissional pela qual a enfermeira instaura um processo de observação e de questionamento da pessoa cuidada com o objetivo de

compreender os detalhes de seu problema de saúde e do contexto no qual este problema se situa a fim de conseguir planificar os cuidados apropriados.” Em cada entrevista que realizámos o foco foi recolher informações precisas e ao mesmo tempo vastas, que permitissem executar um correto diagnóstico da situação.

Consideramos que o percurso realizado permitiu adquirir e desenvolver conhecimentos sobre a temática da avaliação diagnóstica bem como a consciencialização da importância que esta desempenha na profissão de enfermagem. Sendo que uma avaliação diagnóstica correta dos clientes, possibilita determinar com precisão os seus problemas e necessidades e, consequentemente intervir de forma adequada e eficaz, através de cuidados individualizados, rigorosos e distintos, tendo sempre como objetivo promover a saúde mental. Seja o cliente o indivíduo, a família ou o grupo.

Concluindo, e de acordo com o apresentado consideramos ter desenvolvido e adquirido a competência em análise.

A terceira competência “Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando dinâmicas próprias de cada contexto.” (OE, 2018, p. 21427).

Na sequência da competência anterior, surge a competência que consideramos, de acordo com o modelo de Betty Neuman, enquadrar-se na segunda e terceira fases do processo de enfermagem, que correspondem respetivamente à definição de objetivos e de intervenções e à avaliação dos resultados obtidos e à reformulação se necessário de novos objetivos (McEwen & Wills, 2009).

No contexto de adquirir e desenvolver a competência em análise foram realizadas diversas atividades, que se interrelacionam e complementam entre si.

Relativamente a F3.1, após a colheita e análise dos dados, surge o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem de saúde mental. Townsend (2011, p.153) definiu diagnósticos de enfermagem como sendo “Juízos clínicos sobre respostas individuais, da família ou da comunidade a problemas de saúde atuais ou potenciais processos de vida”.

Ao longo do percurso realizado, e relativamente à elaboração dos juízos clínicos sobre as respostas de cada cliente recorreu-se à taxonomia CIPE, versão 2015, de acordo com o preconizado pela OE.

De forma a realizar uma correta avaliação diagnóstica foram utilizados alguns instrumentos de medida já validados, que facilitaram este processo, alguns integrados no SClínico existente no local de estágio e no local de trabalho, como escalas de avaliação e outros

que considerámos pertinentes, como o CADI e a Escala de Zarit- sobrecarga do cuidador, que possibilitaram compreender melhor cada situação, constituindo-se como auxiliares fundamentais na identificação dos problemas e necessidades específicas de cada pessoa. Os “Dados Obrigatórios” que constam do padrão de documentação em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (OE, 2018) foram igualmente utilizados no processo de estabelecer os diagnósticos de saúde mental.

No que concerne à unidade de competência F3.2, os resultados esperados foram estabelecidos de acordo os diagnósticos realizados, com as capacidades internas do cliente e com os recursos externos existentes, procurando desta forma definir metas exequíveis. Procurou-se envolver a equipa multidisciplinar neste processo para uma maior e melhor eficácia do mesmo. Assim, e de forma a facilitar a aquisição do planeado, as intervenções descritas e que constam do plano de cuidados foram definidas em conjunto com o cliente. Tal como refere Townsend (2011, p.154), os resultados esperados “Devem ser realistas em conformidade com as capacidades do cliente e são mais eficazes quando formulados em cooperação com membros da equipa interdisciplinar, com o cliente e pessoas significativas.”

Relativamente a F3.3, para alcançar esta unidade de competência, delineámos como principal objetivo a elaboração de um programa de apoio ao cuidador informal da pessoa com psicose. Este programa foi desenvolvido e estruturado de acordo com os resultados apurados através da RIL e do Estudo Quantitativo, através dos quais foi possível constatar as principais dificuldades com que os cuidadores familiares da pessoa com psicose se deparam. O programa em questão está descrito em pormenor num dos capítulos que constituem este relatório, pelo que aqui não o vamos abordar de forma aprofundada, no entanto consideramos pertinente referir as aprendizagens adquiridas ao longo da elaboração do mesmo. Assim, desenvolvemos a capacidade de elaborar e desenvolver um programa de psicoeducação em saúde mental dirigido aos cuidadores familiares, com o foco de prevenir a incapacidade e restabelecer a saúde mental dos mesmos, mobilizando os recursos mais adequados. Em contexto profissional é uma prática instituída, capacitar através da psicoeducação os familiares cuidadores do cliente internado, sendo que as temáticas trabalhadas estão intimamente relacionadas com a patologia, motivo de internamento, necessidades identificadas e recursos disponíveis (internos e externos).

Em relação à unidade de competência F3.4, ao longo do estágio foi elaborado um estudo de caso, que consta do Apêndice X, o qual espelha o processo de enfermagem à luz da teoria que norteou o trabalho realizado. Este estudo de caso, envolveu a realização de um plano de cuidados individualizado, desenvolvido com base nos diagnósticos estabelecidos e resultados

esperados, cuja metodologia será abordada mais especificamente noutra unidade desta competência.

Enquanto enfermeiros a desempenhar funções num serviço de internamento de psiquiatria, foram várias as oportunidades de realizar, implementar e atualizar planos de cuidados individualizados de acordo com os diagnósticos dos clientes, fazendo um acompanhamento desde a fase aguda da doença até à estabilização psicopatológica e respetiva alta, sendo que a preparação da alta é parte integrante dos cuidados planeados e executados.

Ainda em relação ao contexto profissional, algumas das atividades realizadas (além das já descritas ao longo deste capítulo), incluem monitorizar o cliente no sentido de detetar alterações no estado de saúde mental, intervir e assistir o cliente em situação de crise, administração de medicação e articulação com as famílias.

Durante o estágio existiu a oportunidade de participar e acompanhar os clientes em programa de soroterapia, no qual foram realizadas várias atividades, como entrevistas de acolhimento, entrevistas de ajuda, efetivado um contrato terapêutico, sessões de relaxamento e sessões psicoeducativas, como complemento à terapia farmacológica. Relativamente às sessões de relaxamento foi elaborado o respetivo planeamento das sessões bem como um panfleto referente ao relaxamento a ser entregue aos participantes com o intuito destes o realizarem em domicílio.

Ainda no decorrer do estágio procedemos ao acompanhamento dos clientes em programa de decanoatos ou injetável de longa duração, o que se constitui como um momento de aprendizagem significativo, principalmente no que se relaciona com a possibilidade de detetar alterações no estado de saúde mental, de encaminhar para cuidados mais específicos como por exemplo psiquiatra, urgência ou serviço social e de capacitar o cliente de maneira a reduzir o risco de crise (fomentar a adesão terapêutica, comportamentos de risco, esclarecimento de dúvidas, etc...).

Tivemos oportunidade de realizar várias consultas de seguimento de enfermagem por telefone, após o término do programa de soroterapia ou alta hospitalar, o que constitui uma prática existente no local de estágio, sendo considerada uma intervenção específica do EEESMP e que confirma a pertinência do acompanhamento após alta. Esta intervenção vai por um lado permitir realizar uma avaliação das necessidades em saúde mental do cliente e ao mesmo tempo, manter um contacto de proximidade, contornando desta forma um possível sentimento de abandono por parte deste. Algumas das problemáticas que foi possível identificar através destes contactos, prendem-se com a ansiedade, insónia, adesão terapêutica, alterações do

conteúdo do pensamento e alterações do humor, tendo sido realizado o devido aconselhamento e encaminhamento.

Todas as atividades desenvolvidas tiveram como foco responder às necessidades identificadas e basearam-se numa fundamentação teórica apoiada na evidência científica e bibliográfica existente e que foi consultada ao longo do percurso realizado, tendo ainda sido debatidas com a enfermeira orientadora, num contexto de supervisão, orientação e esclarecimento.

Relativamente à unidade de competência F3.5, esta está diretamente relacionada com o modelo de gestor de caso que, tal como referimos anteriormente é uma das estratégias de atuação preconizadas pela OE na recuperação da pessoa com doença mental grave. Em contexto da prática profissional tivemos a oportunidade de adquirir a experiência do método de enfermeiro de referência durante alguns anos, apesar desta metodologia não estar atualmente implementada no local onde exercemos funções. Em contexto de estágio, aplicámos e desenvolvemos o modelo de gestor de caso através da elaboração de um plano de tratamento individualizado com o foco de auxiliar o cliente no acesso aos recursos adequados e a fazer as melhores escolhas em termos de cuidados de saúde. Tal como referem Cordeiro & Carvalho (2020, p.16), “Ser gestor de caso permite ter uma perspetiva global dos casos e atuar como um consultor para todos os profissionais envolvidos. Isso exige que o gestor de caso use as suas habilidades de comunicação, negociação e resolução de conflitos. O papel do gestor de caso é igualmente o de um negociador e de um defensor, responsável por garantir que os melhores interesses e direitos do cliente são respeitados. O papel do gestor de caso requer um bom conhecimento das dimensões éticas de uma dada situação, dos serviços envolvidos e dos recursos comunitários disponíveis.”

O estudo de caso elaborado, já referido anteriormente, reflete a metodologia de gestor de caso, no qual foi realizada uma ampla colheita de dados, que incluiu a execução do genograma e ecomapa, a aplicação de vários instrumentos de avaliação e posteriormente a elaboração do processo de enfermagem onde se inclui o plano de cuidados individualizado. Ao longo de todo o processo, com o objetivo de otimizar e ajudar a cliente a recuperar a saúde mental recorremos a várias intervenções de âmbito psicoterapêutico e psicoeducacional, sendo alguns exemplos: entrevistas de ajuda, ensinamentos de temáticas específicas de acordo com os diagnósticos existentes, treino de resolução de problemas, treino de estratégias de redução de stress, entrevista motivacional e intervenção familiar. Foi ainda realizada articulação com outros técnicos de saúde, profissionais e instituições, com o intuito de mobilizar os recursos necessários

para atingir as metas estabelecidas. De referir que após terminar o apoio presencial, deu-se continuidade ao processo de ajuda e aconselhamento através das consultas de seguimento telefónico. Consideramos que cada vez mais, é evidente a importância do modelo de gestor de caso, pois, tal como referem Rego e Coelho (2016, p.69), “O método de enfermeira de referência é congruente com a delegação da gestão de cuidados e, simultaneamente, facilitador do desenvolvimento profissional dos enfermeiros. Acreditamos que promove a corresponsabilização e envolvimento dos enfermeiros, é garantia de qualidade de cuidados, estimula a relação enfermeira - doente, favorece a coordenação e avaliação dos cuidados, e favorece a utilização do processo de enfermagem.”

Consideramos assim, que desta forma, desempenhámos funções de terapeuta de referência para esta cliente, o que se enquadra no modelo de gestor de caso.

Durante a realização das entrevistas de ajuda apesar de o nosso foco ser a cliente, algo a que estivemos sempre atentos foi às nossas próprias atitudes, pois tal como refere Chalifour (2008) existem certas atitudes que o enfermeiro deve manifestar para que a sua relação com o cliente seja satisfatória, são elas a compreensão empática, o respeito caloroso, a autenticidade, a compaixão e a esperança. Ao intervir neste contexto, no qual nos deparamos com vários desafios, foi desenvolvido um processo reflexivo em conjunto com a enfermeira orientadora, de forma a transformar as dificuldades em aprendizagens.

Ainda no que se relaciona com esta competência, consideramos pertinente referir algumas das atividades realizadas no âmbito da coordenação e transição do cliente, entre diferentes cenários de cuidados de saúde mental, como a execução de cartas de alta, encaminhamento e contactos com as unidades de cuidados de saúde primários, unidades de cuidados continuados, consultas externas e outras instituições de apoio à pessoa com doença mental, atividades que contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de aprendizagens cujo foco é manter, melhorar e recuperar a saúde.

A quarta competência “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).

Fazendo uma pequena reflexão introdutória acerca desta competência, importa referir que consideramos que as intervenções de enfermagem podem e devem envolver os três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária, mobilizando desta forma o Modelo de Sistemas de Neuman. De acordo com esta teoria, a nível da prevenção primária o enfermeiro deve

identificar fatores stressores, que eventualmente possam causar desequilíbrios no sistema, promovendo desta forma a saúde mental; a nível da prevenção secundária compete ao enfermeiro intervir após surgirem sintomas de reação aos stressores de forma a controlar e reduzir os seus efeitos – tratamento; a nível da prevenção terciária a intervenção do enfermeiro passa por manter a estabilidade após o tratamento, fortalecendo a resistência aos fatores de stress. (McEwen & Wills, 2009).

Assim sendo, observamos ser fundamental que as intervenções de enfermagem, quer sejam de cariz psicoterapêutico, sócio-terapêutico, psicossocial e psicoeducacional, mobilizem os três níveis de prevenção.

Consideramos que as reuniões de enfermaria, as sessões de relaxamento e movimento e as atividades lúdico-terapêuticas realizadas foram um contributo significativo na aquisição desta unidade de competência, bem como a participação no programa psicoeducativo de apoio e suporte à saúde mental, dirigido a utentes com doença mental, já implementado no local de estágio.

Através da realização das reuniões de enfermaria, foi possível contribuir para a resolução de problemáticas individuais através de uma dinâmica de grupo, resolver e clarificar situações problemáticas que surgem naturalmente num contexto de internamento de psiquiatria, perceber a capacidade de interação em grupo bem como as relações que os clientes estabelecem entre si e proporcionar um espaço de expressão e partilha de sentimentos, desejos, experiências e dúvidas de forma a facilitar a recuperação. Ainda no que se relaciona com esta atividade consideramos pertinente referir que alguns dos temas abordados estavam diretamente relacionados com a promoção, recuperação e manutenção da saúde mental, como por exemplo o dia-a-dia num serviço de internamento de psiquiatria, o significado do internamento, importância da adesão à medicação, relações interpessoais, projeto pós alta, estigma da doença mental, hábitos de vida saudáveis e comportamentos de risco.

A realização de atividades lúdico-terapêuticas surge perante a necessidade de proporcionar um ambiente terapêutico durante o internamento, um espaço que ofereça aos clientes um ambiente sociável, estável, coerente e organizado, que facilite o desenvolvimento e a implementação de um plano de tratamento individualizado. Através da realização de atividades lúdico-terapêuticas tivemos a oportunidade de treinar e aprender sobre como ensinar habilidades psicossociais, como limitar comportamentos perturbadores e desadequados, estimular e incentivar a interação social, entre outros aspetos, diretamente

relacionados com o tipo de atividade desenvolvida e objetivos da mesma, que englobam a estimulação cognitiva, o treino de competências, a psicoeducação e o movimento.

Ao longo do estágio tivemos oportunidade de participar no Programa Psicoeducativo de Apoio e Suporte à Saúde Mental, dirigido a utentes com doença mental. Este programa tem como foco a partilha de conhecimentos sobre saúde e doença mental, de estratégias de tratamento e bem-estar, capacitar no sentido de reconhecer sinais e sintomas de crise e capacitar para adotar estilos de vida saudáveis, diminuindo assim a necessidade internamento. Assim, foi possível praticar e adquirir experiência nas temáticas abordadas no programa.

A realização de sessões de relaxamento (técnica de Relaxamento Muscular Progressivo segundo Jacobson, acompanhada da respiração diafragmática)) e de movimento, permitiu treinar e aprender a promover o bem-estar dos clientes através do relaxamento, da música e do movimento. Ao desenvolver este trabalho percebemos a importância do mesmo ao nível da manutenção do tônus muscular, função articular, relaxamento, interação em grupo, desenvolvimento da autoestima, mecanismo redutor da ansiedade, fator facilitador da expressão de sentimentos, emoções e pensamentos. Desenvolver esta atividade contribuiu para adquirirmos competências relacionadas com a necessidade de direcionar sentimentos de hostilidade e tensão para atividades agradáveis, socialmente aceites e adequadas.

Algo que consideramos que desenvolvemos através da realização destas intervenções foi a competência enquanto enfermeiro moderador de um grupo, seja ele terapêutico, de ajuda ou de tarefas. Gostaríamos de referir que em conjunto com a enfermeira orientadora foram várias as vezes que refletimos de forma crítica sobre a importância do papel do enfermeiro enquanto moderador, algo que contribuiu para a nossa aprendizagem.

Ainda no que se relaciona com esta competência consideramos pertinente referir o trabalho desenvolvido com os familiares da pessoa com doença mental, seja em contexto da atividade profissional seja enquanto estudante, no que se relaciona com a capacitação dos mesmos na gestão da doença do seu familiar. Consideramos pertinente referir que a realização das atividades estabelecidas, contribuiu para promover a reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental grave.

Não podemos concluir a análise reflexiva desta competência sem referir as aprendizagens desenvolvidas e adquiridas através da intervenção de enfermagem: Relação de Ajuda, executada quer em contexto profissional quer em contexto de estágio, pois, tal como já referimos anteriormente, a relação enfermeiro-cliente é o cerne da nossa profissão.

Um dos livros onde fomos absorver conhecimento, foi A Intervenção Terapêutica de Jacques Chalifour – Volume 1, um livro muito interessante e útil para a prática profissional, ao qual podemos recorrer para nos guiar nas relações que estabelecemos diariamente com os nossos clientes. Chalifour (2008) apresenta um modelo geral de intervenção de relação de ajuda profissional no cuidar em enfermagem, onde se podem identificar três momentos-chave: a fase de orientação, a fase de trabalho e a fase de conclusão. Na primeira fase, a de orientação da relação, o objetivo é clarificar o pedido de ajuda, as expectativas do cliente e os papéis de ambos. É recolhida a informação fornecida pelo cliente e o seu modo de compreender a dificuldade que vivencia. O cliente reconhece a existência de um mal-estar e o interveniente ajuda-o a clarificar e explorar as suas origens. Na fase de trabalho o interveniente já esclareceu a necessidade de ajuda e as expectativas do cliente, já o conhece suficientemente bem, e define estratégias para dar resposta às necessidades detetadas, têm uma relação de confiança o que faz com que o interveniente encoraje o cliente a fazer uma aprendizagem de novos comportamentos e a experimentá-los num clima de abertura e de procura de soluções. A fase de conclusão é o final da relação de ajuda, e para facilitar esta passagem o interveniente e cliente poderão comunicar as suas impressões acerca de relação, analisar a concretização dos objetivos propostos, e o interveniente deve assegurar a transição do cliente entre a sua situação atual e futura. Observamos que foram estas premissas que nos orientaram no processo de estabelecer uma relação de ajuda eficaz e na análise e reflexão realizadas após cada intervenção.

Para concluir referimos que consideramos que a realização das atividades estabelecidas, contribuiu para promover a reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental grave.

Em síntese e perante o exposto anteriormente, podemos afirmar que a competência em análise, foi desenvolvida e adquirida com sucesso.

3.3 Competências de Mestre em Enfermagem

Considerando que a elaboração deste relatório se refere ao processo de aquisição do grau de Mestre em Enfermagem, na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, importa fazer uma análise reflexiva sobre a construção das competências respeitantes ao mesmo.

A aquisição destas competências está regulamentada em Diário da República pelo Decreto-Lei nº 65/2018, de 16 de agosto, nomeadamente o artigo 15º, de acordo com o qual, 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 1º 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.” (Presidência do Conselho de Ministros, 2018, p.4162).

O Decreto-Lei referido anteriormente, serviu de base para a elaboração do regulamento do presente mestrado, assim, no que se relaciona em concreto com o Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, está previsto que para obter o Grau de Mestre o mestrando adquira certas e determinadas competências, que passamos a descrever:

Competência 1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;

Relativamente a esta competência, consideramos que foi possível demonstrar ao longo deste relatório, através da descrição e análise das atividades desenvolvidas, quer em contexto profissional quer em contexto de estágio que detemos competências clínicas na área da saúde mental e psiquiatria, no que se relaciona com a conceção, prestação, gestão e supervisão de cuidados.

Constatamos que a supervisão clínica nos diversos contextos da prática, assume um papel fundamental no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, através da qual é possível colaborar na integração de colegas, na supervisão de cuidados dos pares, e desenvolver a prática de orientação de estudantes em ensino clínico, aprendizagem que tivemos oportunidade de adquirir em contexto profissional.

Competência 2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;

No que concerne à competência em questão, durante o percurso académico realizado tivemos oportunidade de desenvolver capacidades de investigação, quer através da elaboração dos trabalhos solicitados no decurso do primeiro ano, quer no estágio final. Nomeadamente pela elaboração da RIL, do Estudo Quantitativo e das pesquisas bibliográficas dirigidas a temáticas do quotidiano da prática clínica.

No sentido de divulgar os resultados obtidos que contribuíram para o conhecimento e desenvolvimento em enfermagem, uma das atividades desenvolvidas que demonstram a aquisição desta competência, prende-se com a elaboração de um artigo científico sobre as “Principais dificuldades dos cuidadores informais da pessoa com doença mental grave” (Apêndice XI), que foi submetido para a Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, aguardando-se a respetiva resposta.

Consideramos que a elaboração de um poster referente ao estudo de caso realizado durante o estágio, e apresentado aos enfermeiros e restante equipa multidisciplinar também contribui para a divulgação da prática da enfermagem baseada na evidência (Apêndice XII).

A apresentação da nossa proposta de programa de apoio elaborada em contexto académico (que faz parte do projeto de intervenção no serviço), aos enfermeiros e restante equipa multidisciplinar, é algo já concretizado com relevância para a aquisição da competência em análise.

No percurso profissional tivemos ainda oportunidade de realizar diversos estudos de caso, na área da saúde mental, tendo dois deles originado a elaboração de pósteres e respetiva apresentação dos mesmos.

Competência 3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;

Relativamente a esta competência consideramos que adquirimos as aprendizagens necessárias para agirmos em conformidade com o REPE e com o CDE sendo que qualquer intervenção de enfermagem teve por base a evidência científica.

Ao referirmos a importância de integrarmos o conhecimento é inevitável abordar o trabalho realizado em termos de reflexão, discussão e análise sobre as experiências vividas, que observamos estar na base da aquisição do conhecimento, e que consideramos ter conseguido demonstrado ao longo deste relatório.

Competência 4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;

No que se relaciona com a competência 4, algo em que sempre tivemos preocupação em investir foi na nossa formação, no sentido de adquirir conhecimentos atuais sobre diversas temáticas. Ao longo de 27 anos de percurso profissional, 25 dos quais dedicados à área da saúde mental temos demonstrado uma autonomia orientada para a aquisição de novos conhecimentos, tal como se pode observar pelas diversas formações frequentadas ao longo deste caminho. Não podemos deixar de referir que olhamos para a frequência deste Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de ESMP, como sendo um exemplo de proatividade, no que se relaciona com desenvolver e adquirir conhecimentos, aptidões e competências.

Competência 5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;

Na análise desta competência, referimos a participação em diversos projetos de melhoria contínua em contexto profissional (já referidos anteriormente) e o facto de sermos dinamizadores de várias formações no nosso local de trabalho, no âmbito da formação em serviço.

De referir ainda no contexto desta competência, as reuniões multidisciplinares em que participámos e nas quais se discutiram os projetos terapêuticos dos clientes, bem como a participação em reuniões com várias instituições de apoio à saúde mental.

Competência 6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;

Competência 7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Fazendo referência à competência 6 e 7, poderemos dizer que tais foram adquiridas e demonstradas através das intervenções desenvolvidas e esplanadas ao longo deste relatório. De salientar que neste relatório utilizámos a metodologia de projeto, que possibilitou a análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação contribuindo desta forma para uns cuidados de qualidade.

Em forma de conclusão, constatámos que o desenvolvimento e aquisição do grau de Mestre, foi algo progressivo, que ocorreu ao longo de um percurso de desenvolvimento das competências comuns de EE e das competências específicas de EEESMP.

Assim, e de acordo com o exposto, consideramos que as competências descritas e adquiridas se podem traduzir na atribuição do grau de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório procurou descrever o trabalho desenvolvido ao longo deste percurso formativo, evidenciando as experiências, as aprendizagens e todo o processo de aquisição das competências de EEESMP e de Mestre em Enfermagem, de forma a promover uma melhor qualidade dos cuidados prestados. Recorreu-se à investigação e teve por base a evidência científica.

Perante o atual contexto, em termos de políticas de saúde mental, que preconizam a redução da desinstitucionalização da pessoa com doença mental, as famílias passaram necessariamente, a ter de desempenhar um novo papel, para o qual muitas vezes não estão preparadas, o de cuidadores.

Sendo a psicose considerada uma doença mental grave, pela incapacidade psicossocial que pode provocar no indivíduo e pelo conjunto de sinais e sintomas complexos que muitas vezes estão presentes, facilmente se percebe que quem assumir a tarefa de cuidar dos seus familiares, vai enfrentar um processo de adaptação com dificuldades e necessidades de diversas índoles, perante as quais o EEESMP tem um papel fundamental em termos de intervenção, através da capacitação sobre a gestão da doença mental e estratégias de intervenção mais adequadas.

De forma a facilitar a compreensão da temática em estudo, foi realizado um enquadramento conceptual abrangendo alguns conceitos que considerámos pertinentes, como o de saúde mental, doença mental grave - psicose, cuidador informal e psicoeducação ao familiar cuidador enquanto intervenção do EEESMP.

Considerando a doença mental como um fator de stress e de desequilíbrio de um sistema, o Modelo de Sistemas de Betty Neuman foi o quadro referencial que norteou este percurso, pois apresenta como foco as necessidades humanas de proteção e de alívio de stress e ao mesmo tempo, realça a importância da atuação do enfermeiro no que se relaciona com os vários níveis de prevenção.

Relativamente à Metodologia de Projeto utilizada, foi descrita cada uma das fases deste processo, bem como as atividades desenvolvidas em cada uma, com o intuito de responder à problemática e à questão de investigação definida. Neste sentido, foi realizada uma RIL e um Estudo Transversal de Base Quantitativa acerca das dificuldades dos cuidadores informais da pessoa com doença mental, que pudessem sustentar a elaboração de uma proposta de programa de apoio ao cuidador informal da pessoa com psicose, no âmbito das intervenções

especializadas do EEESMP. A realização destes estudos, possibilitou a recolha de evidência científica acerca da problemática em questão, conferindo desta forma suporte no planeamento, nas intervenções delineadas e tomadas de decisão, o que contribuiu para melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Quer a RIL, quer o Estudo Quantitativo, permitiram identificar que as principais dificuldades dos CI da pessoa com doença mental grave se devem à existência de sobrecarga objetiva e subjetiva, perceber a falta de apoio sentida por estes e elaborar um programa de apoio adequado ao cuidador da pessoa com psicose, que inclui estratégias de intervenção. Ficou claro que as políticas de saúde mental e os serviços de saúde devem colaborar no suporte aos CI de modo a colmatar as dificuldades sentidas e a minimizar a sobrecarga familiar, sendo fundamental promover intervenções psicoterapêuticas capazes de responder às necessidades de saúde do indivíduo, família e comunidade, de forma a melhorar a qualidade de vida e bem-estar do cuidador e consequentemente da pessoa cuidada.

De referir, que de forma a contribuir para uma prática baseada na evidência e inclusive contribuir para a literatura existente, foi elaborado um artigo, subordinado ao tema “Principais dificuldades dos cuidadores informais da pessoa com doença mental grave”, que foi submetido para análise na Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, aguardando-se a respetiva resposta. Neste sentido, foi igualmente realizada a partilha, através da formação em serviço, dos conhecimentos e resultados obtidos em ambos os estudos, o que se constituiu como um fator valorizado e relevante para a equipa de enfermagem do local onde se realizou o estágio final, tal como foi possível verificar através do preenchimento do questionário de avaliação da formação e pelo feedback obtido.

Na fase inicial deste percurso surgiram pequenas dificuldades relacionadas com algumas inseguranças e incertezas relacionadas com a exequibilidade do projeto de intervenção em serviço que, no entanto, foram rapidamente resolvidas e ultrapassadas.

Como limitações, consideramos a impossibilidade de avaliar os resultados das intervenções de enfermagem planeadas e descritas no programa elaborado, uma vez que por questões relacionados com o limite de tempo não foi possível iniciar o mesmo.

Através deste relatório procurámos descrever as atividades que foram desenvolvidas com o intuito de adquirir competências comuns e específicas do EEESMP e de Mestre em Enfermagem e simultaneamente demonstrar a capacidade de reflexão crítica acerca das mesmas, algo fundamental para o desenvolvimento pessoal e profissional. A descrição pormenorizada deste processo evidenciou os momentos de aprendizagem e permitiu a

realização de uma análise retrospectiva do caminho percorrido e consequentemente do processo evolutivo que ocorreu ao longo do mesmo.

Perante o exposto, consideramos que os objetivos delineados para este relatório foram concretizados.

Este percurso finda com o sentimento de satisfação pessoal e profissional, pelas aprendizagens realizadas, experiências vividas e desenvolvimento de competências que consideramos fundamentais para a prática de uma enfermagem de qualidade. O empoderamento adquirido ao longo deste caminho já se começa a refletir na nossa prática diária, com cuidados mais eficientes, seguros e competentes, baseados em conhecimentos científicos, transmitindo a quem cuidamos, maior segurança e uma nova visão do trabalho de enfermagem.

5. BIBLIOGRAFIA

Afonso, P. (2017). Esquizofrenia. In M.L. Figueira, D. Sampaio & P. Afonso (Eds.), Manual de psiquiatria clínica (pp 161-187). Lidel

Alves, J.F.M., Almeida, A.L., Mata, M.A.P., & Pimentel, M.H. (2018). Problemas dos cuidadores de doentes com esquizofrenia: A sobrecarga familiar. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (19), 8-16. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0197>

Amaral, A.C. (2010). Prescrições de enfermagem em saúde mental – mediante a CIPE. Lusociência.

Amaral, A.C., Almeida, E., Sousa, L. (2020). Intervenção psicoeducacional. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), Enfermagem em Saúde Mental: diagnósticos e intervenções (pp 174-176). Lidel.

American Psychiatric Association (2014). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed

Assembleia da República (2019). "Lei n.º 100/2019". Diário da República 1ª série, 171 (setembro): 3-16. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/124500714>

Barbier, J. M. (1996). Elaboração de projetos de ação e planificação. Porto Editora.

Basteiro, S.; Gil, C.M.; Marín, R. (2007). Guia para familiares de doentes mentais. Federação nacional das associações de famílias pró-saúde mental.

Batista, E.C. (2020). Experiências vividas pelo conjugue cuidador da esposa em tratamento psiquiátrico. Revista de Psicologia (v.32, n.1), 31-39. Disponível em: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5646>

Benner, P. (2001). De iniciado a perito (edição comemorativa). Quarteto.

Brito, M.L.S. (2010). A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos. [Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade do Porto, Faculdade de Medicina]. Repositório aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/9933>

Centro Hospitalar Barreiro Montijo [CHBM] (2022). Psiquiatria. Acedido em novembro 2022 em: <http://www.chbm.min-saude.pt/servicos/servicos-clinicos/70-psiquiatria>

Chalifour, J. (2008). A intervenção terapêutica. Volume 1: Os fundamentos existencial - humanistas da relação de ajuda. Lusodidacta.

Chalifour, J. (2009). A intervenção terapêutica. Volume 2: Estratégias de intervenção. Lusodidacta.

Coelho, J. Sousa, L. (2020). Relaxamento. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), Enfermagem em Saúde Mental: diagnósticos e intervenções (pp 202-207). Lidel.

Coentre, R., Levy, P. (2020). Intervenção Precoce na Psicose em Portugal: Onde Estamos Nós? Acta Medica Portuguesa (Setembro, 33 - 9), 540-542. Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp.13472>

Conselho Nacional de Saúde. Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. Lisboa: CNS, 2019. Disponível em: <https://www.cns.min-saude.pt/2019/12/16/sem-mais-tempo-a-perder-saude-mental-em-portugal-um-desafio-para-a-proxima-decada/>

Cordeiro, R.A., Carvalho, J.C. (2020). Gestão de caso e stepped care em enfermagem de saúde mental. Saúde e ciência, 12-19. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/344844525_GESTAO_DE_CASO_E_STEPPED_CARE_EM_ENFERMAGEM_DE_SAUDE_MENTAL

Despacho nº 11641/2014, publicado em Diário da República nº179/2014, 2ª Série. Nº179 de 17 de setembro de 2014, 24023-24025. Disponível em: https://www.si.ips.pt/esesifilegetlegislacaocont?p_id=F1604059112/RegulamentoCreditacaoUCIPS.pdf

Ferré-G, C., Sequeira, C. (2020). Enfermagem de saúde mental e os cuidadores. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções (pp 313-317). Lidel.

Figueiredo, C. (2007). Cuidados familiares do idoso dependente. Cadernos Climepsi de saúde.

Fortin, M.F. (1999). O processo de investigação. Lusociência.

Freese, B.T. (2004). Betty Neuman: Modelo de Sistemas. In A. M. Tomey, M. R. Alligood (Eds.), Teóricas de enfermagem e a sua obra – modelos e teorias de enfermagem (pp. 335-375), (5ªed). Lusociência.

JBIM Manual for Evidence Synthesis (2020). Aromataris E, Munn Z (Editores). Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>

Lei nº36/98 de 24 de julho. Diário da República 169/98, Série I-A. Assembleia da República. Lisboa.

Levy, P., Coentre, R. (2017). Primeiro episódio psicótico. In M.L. Figueira, D. Sampaio & P. Afonso (Eds.), Manual de psiquiatria clínica (pp 149-159). Lidel

Lopes, M.J. (2006). A relação enfermeiro -doente como intervenção terapêutica. Formasau.

Magalhães, J.F., Lopes, R.E, Nóbrega-Therrien, S.M., Vasconcelos, S.B. (2018). Estratégias de enfrentamento de mulheres cuidadoras de pessoas com esquizofrenia. Revista online de Pesquisa – Cuidado é Fundamental. Jul./Sep.; 10(3):793-800. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.793-800>

McEwen, M., Wills, E.M. (2007). Bases teóricas para a enfermagem (2ª ed). Artmed.

Ministério da Saúde (2010). “Decreto-Lei nº 8/2010”. Diário da República 1ª série, 19 (janeiro): 257 - 263. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/8/2010/01/28/p/dre/pt/html>

Ministério da Saúde. (2008). Coordenação Nacional para a Saúde Mental - Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Lisboa. Disponível em: <https://www.adeb.pt/files/upload/paginas/Plano%20Nacional%20de%20Saude%20Mental.pdf>

Neeb, K. (2000). Fundamentos de enfermagem de saúde mental. Lusociência.

Nené, M.; Sequeira, C. (2022). Investigação em Enfermagem. Teoria e Prática. Lidel

Nogueira, N.R. (2005). Pedagogia dos Projetos: etapas, papéis e atores. Tatuapé: Editora Érica

Nunes, L. (2006, 10 de maio). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. II Congresso da Ordem dos Enfermeiros, Portugal. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/266596533>

Nunes, L. (2016). Ética no fim de vida: E quando eu não puder decidir? Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Ordem dos Enfermeiros (2015). “Regulamento n.º 356/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República,

2.ª série — N.º 122 — 25 de junho de 2015. Disponível em: http://www.sep.org.pt/files/uploads/2016/10/sep_Regulamento_Padroles_Qualidade_Cuidados_Especializados_em_Enfermagem_Saude_Mental.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_291020_15_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). Padrão de Documentação Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Lisboa: ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica publicado em Diário da República nº151/2018, 2ª Série. Nº151 de 7 de Agosto de 2018, 21427-21430

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista publicado em Diário da República nº 26/2009, 2.ª Série. Nº 26 de 6 de Fevereiro de 2019, 4744-4750

Ordem dos Enfermeiros (2021). Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22977/guiabp_cuidenfesprecupessdoen%C3%A7a_mentalgrave_ordenferm_ok.pdf

Page, M.J.; McKenzie, J.E.; Bossuyt, P.M.; Boutron, I.; Hoffmann, T.C.; Mulrow, C.D.; et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372: n71. Doi: 10.1136/bmj. n71. Disponível em: <http://www.prisma-statement.org/>

Paul, C.; Reeves, J.S. (2000). Visão geral do processo de enfermagem. In J.B. George & Colaboradores (Eds.), Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional (pp 21- 32). Artmed.

Pfammatter, M.; Andres, K.; Brenner, H.D. (2012). Manual de psicoeducação e gestão da doença na esquizofrenia. Edição Encontrar-se.

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

Pinho, L.G. (2020). Intervenção familiar na doença mental grave. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções (pp 216-219). Lidel.

Presidência do Conselho de Ministros (2018). Decreto-Lei nº 65/2018 publicado em Diário da República nº157/2018, 1ª Série. Nº 157 de 16 de Agosto de 2018, 4162- 4165

Presidência do Conselho de Ministros (2021). “Decreto-Lei n.º 113/2021”. Diário da República, 1ª série, 240 (dezembro): 104 - 118. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/113/2021/12/14/p/dre>

Presidência do Conselho de Ministros (2022). “Decreto-Regulamentar 1/2022”. Diário da República, 1ª série, 6 (janeiro): 21-36. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/decregul/1/2022/01/10/p/dre/pt/html>

Ramos, A.C., Calais, S.L., Zotesso, M.C. (2019). Convivência do familiar cuidador junto à pessoa com transtorno mental. Contextos Clínicos (v.12, n.1), 282-302. DOI: 10.4013/ctc.2019.121.12

Rego, A., Coelho, P. (2016). Organizar a prestação de cuidados por “enfermeiro de referência” promove a qualidade. Servir, Volume 59, 68-75. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/download/23469/17468/89889>

Rogers, C. (2009). Tornar-se Pessoa. Padrões Culturais Editora.

Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. Percursos, (15), 1–38. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.

Santos, J.C.L., Bastos, D.S., Mesquita, B.A., Cardoso, L.S.P., Silva, A.A. (2019). Assistência de enfermagem ao cuidador familiar de portadores de transtorno mental. Brazilian Journal of Health Review. Curitiba (v.2, n.6) 5336-5350. DOI:10.34119/bjhrv2n6-035

Santos, J.M. (2020). Políticas e programas de saúde mental. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), Enfermagem em Saúde Mental: diagnósticos e intervenções (pp 11-14). Lidel.

Sequeira, C. (2006). Introdução à prática clínica. Quarteto.

Sequeira, C. (2010). Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lidel

Sequeira, C. (2013). Editorial: Prioridades de investigação em saúde mental. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (10), 05-07. Disponível em: <http://www.scielo.pt/pdf/rpesm/nspe1/nspe1a01.pdf>

Sequeira, C., Sampaio, F. (2020). Da saúde à doença mental. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções (pp 3-6). Lidel.

Sousa, L., Sequeira, C., Grau, C.F., Sampaio, F. (2020). Familiar Cuidador. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), Enfermagem em Saúde Mental: diagnósticos e intervenções (pp 162-166). Lidel.

Taylor, C.M. (1992). Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Merenes (13ª ed). Porto Alegre

Teixeira, S. (2005). Gestão das organizações (2ªed.). Mc Graw Hill.

Tomey, A.M. (2002). Modelo da relação pessoa a pessoa. In A. M. Tomey, M. R. Alligood (Eds), Teóricas de enfermagem e a sua obra – modelos e teorias de enfermagem (pp. 467-479), (5ªed). Lusociência.

Thompson, I.E., Melia, K.M.& Boyd, K.M. (2000). Ética em enfermagem (4ªed). Lusociência.

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

Vinogradov, S.; Yalom, I.D. (1992). Manual de psicoterapia de grupo. Artes médicas.

Wright, L.M, Leahey, M (2009). Enfermeiras e Famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família. Roca.

APÊNDICES

Apêndice I – Síntese dos resultados e conclusões dos artigos selecionados para a RIL

Artigo 1	Problemas dos cuidadores de doentes com esquizofrenia: a sobrecarga familiar (Alves et al, 2018); Estudo quantitativo transversal descritivo correlacional.
Objetivo	Avaliar os problemas dos cuidadores de doentes com esquizofrenia em termos de sobrecarga objetiva e subjetiva, ajuda recebida, atitudes positivas e criticismo, bem como a sua relação com as variáveis de caracterização sociodemográfica e anos de contacto do cuidador com o doente.
Resultado	De acordo com a amostra, 54,3% são cuidadores do género feminino, 68,6% casados, 60% são progenitores, 40% têm como habilitações literárias o 2º ciclo, 40% estão empregados e 57,1% contactam com o doente após o diagnóstico de esquizofrenia há mais de 10 anos. O questionário aplicado revela que a sobrecarga subjetiva surge com um valor mais elevado, seguindo-se as atitudes positivas, o apoio recebido, a sobrecarga objetiva e por último o criticismo. Relativamente à sobrecarga subjetiva destacam-se o desapontamento pela evolução do doente, a responsabilização do doente, a preocupação com o futuro do familiar e sentimentos de depressão e choro. A ajuda por parte dos enfermeiros e as informações dadas por profissionais de saúde destacam-se na ajuda recebida. Relativamente às atitudes positivas é dado maior ênfase ao elogio da qualidade e sensibilidade do doente bem como à sua cooperação. No que concerne à sobrecarga objetiva problemas com o sono, o negligenciar outros familiares e a limitação dos períodos de lazer e férias assumem os valores mais elevados. Por último, no que se relaciona com o criticismo, é de salientar que a vontade de se separar do doente e de este tentar estorvar assumem os valores mais baixos.
Conclusão	A amostra estudada revela a existência de sobrecarga familiar. Surge a importância de serem delineadas intervenções de enfermagem que ajudem a minimizar o problema da sobrecarga familiar, por parte do EEESMP que assume um papel primordial relativamente a esta realidade.
Artigo 2	Assistência de enfermagem ao cuidador familiar de portadores de transtorno mental (Santos et al, 2019); Revisão integrativa da literatura.
Objetivo	Identificar a sobrecarga sofrida pelo cuidador familiar de portador de transtorno mental e analisar a atuação do profissional de enfermagem na assistência ao cuidador familiar e sua relação com o ente portador de transtorno mental

Resultados	Os cuidadores da pessoa com doença mental enfrentam várias dificuldades, ao nível das interações emocionais, atividades domésticas e situação económica. Ser cuidador cria dificuldades na gestão do tempo, com prejuízo do autocuidado. A sobrecarga surge associada a preocupações psicológicas do cuidador, mudanças no relacionamento, na vida social, dedicação diária ao cuidado, carga financeira, qualidade do sono, convivência com sintomas depressivos e comportamentos problemáticos. Influencia de forma negativa oportunidades de emprego, rotinas, momentos de lazer e de descanso. A convivência com a pessoa com doença mental pode originar sentimentos de medo (possibilidade de crise, deixar o paciente sozinho, sofrer agressões físicas e verbais), desgaste psicológico, ansiedade, tristeza, piedade e vergonha. Foram referidos sentimentos de desespero, medo e insegurança perante a desinformação, o desconhecimento da doença e do futuro. Podemos justificar o adoecer do cuidador (sentimentos de impotência, frustração, desgaste e stress), com a falta de orientação e preparação para cuidar da pessoa com doença mental e que podem originar diminuição da qualidade de vida e qualidade do cuidado prestado bem como o adoecer do próprio cuidador. Constatou-se pouca preparação dos enfermeiros na potencialização do papel das famílias como parte integrante do cuidado, sem oferecerem o suporte e as orientações necessárias. As famílias não são capacitadas durante a hospitalização e no momento da alta para cuidarem dos seus pacientes Destacam-se como principais necessidades do cuidador: adaptação às novas rotinas, orientação acerca da patologia e situações de convívio e vínculo com o profissional. Informações insuficientes e em excesso de uma só vez, foram fatores referidos como contribuírem para aumentar a confusão e os receios dos cuidadores.
Conclusão	Uma das necessidades dos cuidadores é receberem informação e preparação para adequarem as suas tomadas de decisão no cuidar. A sua capacitação ajuda a produzir estratégias de cuidado e evitam interpretações erradas. Os profissionais de saúde devem incluir o cuidador no tratamento, sendo a comunicação entre ambos essencial, de forma a minimizar sentimentos de impotência e incentivar o suporte e orientação pós alta.

	O enfermeiro deve desenvolver atividades que lhe permitam trabalhar sinais e sintomas da sobrecarga e que valorizem o desempenho do cuidador, como reuniões familiares, educação em saúde mental e criação de vínculo entre o serviço e a família.
Artigo 3	Experiências vividas pelo conjugue cuidador da esposa em tratamento psiquiátrico (Batista, 2019); Estudo qualitativo descritivo-exploratório de orientação fenomenológica.
Objetivo	Compreender as experiências vividas pelo homem cuidador familiar da esposa em tratamento psiquiátrico.
Resultados	Apurou-se que são várias as dificuldades com que os cuidadores se deparam no quotidiano: preocupação em suprir as necessidades básicas da família, organizar as atividades domésticas, administração da medicação, acompanhamento aos serviços de saúde e a convivência com comportamentos problemáticos e episódios de crise. O impacto inicial da doença foi referido como fator causador de desorganização e instabilidade (desconhecimento da sintomatologia e da forma mais adequada de agir perante a mesma). Foram identificados diversos fatores associados à sobrecarga: assumir a realização das tarefas domésticas, a presença de comorbilidades, comportamentos agressivos e violentos, défice económico, necessidade de abdicar de momentos de lazer, da vida social e profissional, desorganização familiar, alterações do padrão de sono e repouso e dificuldades em planear o futuro. Foram referidos sentimentos de impotência, tristeza, inferioridade, stress, raiva, angústia e insatisfação. Observou-se que o estigma sobre a doença mental interfere de forma negativa no desempenho dos cuidadores, sendo estes alvos do preconceito social. Apurou-se a necessidade de apoio por parte dos profissionais de saúde / serviço social ao cuidador.
Conclusão	Alguns cuidadores entendem que o seu papel é uma missão a ser cumprida (relação baseada na paciência, no amor, no respeito, na confiança, no conhecimento e na esperança), outros vivem o cuidar como uma experiência

	negativa, da qual advém um grande sofrimento e sobrecarga, tornando-se evidente o desejo de internar o paciente. Os profissionais de saúde têm a possibilidade de colaborar na diminuição da sobrecarga do cuidador através de estratégias e de intervenções específicas com vista à sua capacitação para lidar com a doença. Surge como sugestão a criação de espaços onde seja possível a partilha de experiências vividas pelos cuidadores, uns com os outros.
Artigo 4	Convivência do familiar cuidador junto a pessoa com transtorno mental (Ramos & Zotesso, 2019); Estudo de survey, com amostra não probabilística e intencional.
Objetivo	Analisar a partir de relatos verbais, dentro de uma visão comportamental, as percepções de cuidadores, com algum grau de parentesco, de pessoas com transtornos mentais, buscando avaliar a forma como lidavam com este familiar.
Resultados	Os familiares cuidadores têm grandes dificuldades em compreender o que é a doença, explicando-a a partir dos sintomas que se manifestam e da perda de capacidade funcional. Muitos associam a doença a um distúrbio orgânico. Os participantes relatam que existe a pessoa antes da doença e depois da doença, com diferenças significativas na sua forma de ser, estar e funcionar. Identificou-se uma grande dificuldade em conciliar a vida pessoal e os cuidados prestados (mudanças de rotina, abandono do emprego ou estudo). O aumento da responsabilidade, a insatisfação quanto à ajuda prestada por outros familiares, a dependência do paciente e o preconceito social, surgem como fatores associados à perda de qualidade de vida do cuidador. Alguns dos participantes referiram sofrimento psicológico associado à sobrecarga sentida: stress, ansiedade, insónia, humor deprimido, tristeza, estado de alerta, sentimentos de impotência, de raiva, de culpa e vontade de desistir dos cuidados. Muitos afirmaram que cuidar de uma pessoa doente é um risco para os próprios adoecerem. Os cuidadores lidam de diversas formas com a doença do seu familiar: necessidade quase constante de controlar / observar o paciente (numa tentativa de o proteger de comportamentos imprevisíveis, tentativas de suicídio, fugas, etc.), momentos de confrontação (orientação para a realidade, informação), paciência (a harmonia favorece o bem-estar e a adesão ao

	tratamento) e o acompanhamento a consultas e gestão da medicação. No entanto sobressai a dificuldade de lidar com o paciente nos momentos de crise e de os próprios se autocontrolarem. Alguns cuidadores referem que ao longo do tempo foram aprendendo por si mesmos, qual a melhor forma de agir com o paciente. Grande parte dos participantes vê o cuidar como uma missão e alguns referiram que procuraram apoio na fé / religião.
Conclusão	Percebeu-se as limitações na compreensão da doença mental, o sofrimento desencadeado com a descoberta da doença, a sobrecarga do cuidador e as dificuldades em conciliar a vida pessoal e os cuidados prestados à pessoa com doença mental. É importante dar o suporte adequado aos cuidadores durante a fase de descoberta da doença bem como das estratégias a utilizar ao cuidar da pessoa com doença mental. Quer as políticas de saúde mental, quer os serviços de saúde devem colaborar no suporte ao cuidador, de modo a evitar / minimizar a sobrecarga familiar. A capacitação sobre o que é a doença mental e quais as estratégias de intervenção mais adequadas, vão ajudar os cuidadores neste processo.
Artigo 5	Estratégias de enfrentamento de mulheres cuidadoras de pessoas com esquizofrenia (Magalhães et al, 2018); Estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa.
Objetivo	Conhecer as estratégias de enfrentamento utilizadas por mulheres cuidadoras de pacientes com esquizofrenia
Resultados	A media de idades dos participantes variava entre os 45 e os 70 anos, a maioria era doméstica e mais de metade eram mães dos pacientes. Foi observado que os principais fatores de sobrecarga foram: a responsabilidade de todas as tarefas domésticas associadas ao cuidar (higiene, vestuário, alimentação, medicação, acompanhamento a consultas, etc.), dificuldades em cuidar do paciente em crise (alucinações, delírios, comportamento desorganizado, agressividade, etc.), elevado grau de dependência do seu familiar, preocupação relativamente ao futuro (o que acontece ao paciente depois da morte do cuidador) e mudanças nas rotinas familiares, com abandono do emprego e surgimento de dificuldades a nível

	económico. Estes fatores vão originar fadiga física e psicológica e um desinvestimento no próprio autocuidado. Os participantes revelaram ter dificuldade em lidar com o preconceito existente em relação à esquizofrenia. Como estratégias de coping os participantes referiram a religião (referida como um meio eficaz de lidar com circunstâncias adversas), uso de medicação (alívio da ansiedade, insónia, stress, tristeza), a participação em atividades de apoio em grupo e a expressão de emoções e sentimentos.
Conclusão	São várias as estratégias de coping referidas pelos cuidadores, mas podem-se tornar pouco eficazes se não forem apoiados pelos profissionais de saúde. Estes, devem promover atividades psicoterapêuticas capazes de responder às necessidades de saúde do indivíduo, família e comunidade. É essencial que as instituições de saúde apoiem os cuidadores através de grupos de apoio e educação para a saúde, capacitando os mesmos para agir perante a doença, de forma a melhorar a sua qualidade de vida e bem-estar.

Apêndice II – Resumo do Artigo Científico “Principais dificuldades dos cuidadores informais da pessoa com doença mental grave”

PRINCIPAIS DIFICULDADES DOS CUIDADORES INFORMAIS DA PESSOA COM DOENÇA MENTAL GRAVE

RESUMO

Contexto: O processo de desinstitucionalização da pessoa com doença mental grave, trouxe uma nova realidade ao exigir uma adaptação das famílias, perante a necessidade dos seus membros assumirem o papel de cuidadores informais.

Objetivo: Identificar as dificuldades dos cuidadores informais da pessoa com doença mental grave.

Metodologia: Realizou-se um estudo descritivo transversal de base quantitativa. Foi constituída uma amostra probabilística aleatória simples de 27 cuidadores informais da pessoa adulta com doença mental grave, acompanhada na consulta externa de psiquiatria dum hospital da região Sul de Portugal. Como instrumento de colheita de dados foi aplicado o Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI) e um questionário de caracterização sociodemográfica do cuidador informal.

Resultados: Relativamente às características sociodemográficas dos participantes apurou-se que estas estão de acordo com o perfil que caracteriza os cuidadores informais em Portugal. Da aplicação do CADI, resulta que os fatores em que se verificaram mais dificuldades relacionadas com o cuidar foram os fatores relacionados com a falta de apoio familiar, com problemas financeiros, seguindo-se as reações à prestação de cuidados e a falta de apoio profissional.

Conclusões: A função de cuidar causa dificuldades ao cuidador, que se vê perante um contexto diferente do habitual e a ter de desempenhar um novo papel. Assim, constatamos que os cuidadores familiares constituem um grupo com necessidades e dificuldades específicas, perante as quais o Enfermeiro Especialista Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica tem um papel fundamental em termos de intervenção, na capacitação e empoderamento de quem cuida.

PALAVRAS CHAVE: Cuidador Familiar; Doença Mental; Enfermagem Psiquiátrica; Desgaste do Cuidador