



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Dinâmica Relacional Familiar no pós-alta Hospitalar do Doente Mental Grave: Intervenção do EEESMP

ANA CARINA SABINO MADEIRA DA SILVA

Orientação: Professora Ana Paula Banza Zarcos Palma

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Dinâmica Relacional Familiar no pós-alta Hospitalar do Doente Mental Grave: intervenção do EEESMP

ANA CARINA MADEIRA DA SILVA

Orientação: Professora Ana Paula Banza Zarcos Palma

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024

O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo(a) Diretor(a) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre:

Presidente | Ermelinda do Carmo Valente Caldeira , (Universidade de Évora)

Vogais | Maria de Fátima dos Santos Rosado Marques, (Universidade de Évora) (Arguente)

Ana Paula Lampreia Banza Zarcos (Instituto Politécnico de Beja) (Orientador)

*“Tudo nele se preparava para magnificar o acontecimento.
Possuía as qualidades do asceta: o espírito contemplativo,
o amor dos símbolos e das alegorias,
a faculdade da abstração,
uma extrema sensibilidade para as sugestões visuais e verbais,
uma tendência orgânica para as imagens dominantes e para as alucinações.
Só lhe faltava uma coisa,
uma grande coisa que talvez não estivesse morta nele,
embora dormente: a fé,
a antiga fé do doador,
a antiga fé da sua raça,
aquela que descia da sua montanha a cantar hinos à beira do seu mar. (...)
Precisava, talvez, de ver a luz e ouvir o verbo no meio de um campo,
na volta de um caminho,
como os sectários de Orestes”.*

Gabriele d' Annunzio
Il trionfo della morte (1894)

Agradecimentos

À Professora Ana Paula expresso a minha gratidão pela sua orientação ao longo desta fase final do meu percurso académico.

Às Enfermeiras Orientadoras dos locais onde realizei estágio agradeço pela disponibilidade constante, interesse genuíno e partilha de conhecimentos.

Ao Departamento de Saúde Mental manifesto o meu agradecimento pela autorização concedida para a realização de todas as intervenções junto da família alvo de cuidados.

Ao doente e à sua cuidadora expresso o meu agradecimento pela colaboração prestada, sem eles este estudo não teria sido possível.

Aos colegas do Centro de Saúde de Sines pela compreensão.

Aos meus pais e irmãos dedico um especial agradecimento pelo amor e dedicação constantes ao longo desta jornada.

Ao Márcio, que me apoia incondicionalmente, agradeço por estar presente nos momentos desafiantes.

Aos demais que se cruzaram na minha estrada ao longo destes últimos três anos e que de algum modo me inspiraram... Não esquecerei o apoio que me fez manter na estrada certa.

Uma última palavra de carinho aos meus pequenos filhos: convosco a vida é mais plena e serena. Amo-vos muito!

Obrigada de todo o coração!



RESUMO

A inclusão da família e do doente no projeto terapêutico para a recuperação da pessoa com Doença Mental Grave assume grande importância, desde o internamento até aos cuidados após a alta, assegurados pela intervenção da Equipa Comunitária de Saúde Mental.

O presente relatório, elaborado no âmbito do VII Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, reflete o percurso académico realizado para a aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, e de Mestre em Enfermagem, incluindo dois estágios clínicos concretizados num Departamento de Saúde Mental no interior do Alentejo.

Para demonstrar a experiência, foram considerados os referenciais teóricos do Modelo de Sistemas de Betty Neuman e da Teoria do Vínculo de John Bowlby. A prática em contexto de estágio incluiu a implementação de uma intervenção unifamiliar baseada no modelo «Recovery», pela atuação do Terapeuta de Referência, cujos resultados se mostraram benéficos na aplicação junto da pessoa e cuidador com necessidades de intervenção na área da saúde mental.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Intervenção Familiar, Doente Mental Grave, *Recovery*

ABSTRACT

The inclusion of family and the patient in the therapeutic project for the recovery of individuals with Severe Mental Illness is of great importance, from hospitalization to post-discharge care, ensured by the intervention of the Community Mental Health Team.

This report, prepared within the scope of the VII Master's Course in Nursing, in the area of Specialization in Mental Health and Psychiatric Nursing, reflects the academic journey undertaken to acquire the common and specific competencies of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing, and of Master in Nursing, including two clinical internships carried out in a Mental Health Department in an interior region of Alentejo, Portugal.

To demonstrate the experience, the theoretical frameworks of Betty Neuman's Systems Model and John Bowlby's Attachment Theory were considered. The practice in the internship context included the implementation of a family-based intervention based on the Recovery Model, by the action of the Reference Therapist, whose results proved to be beneficial in application with the individual and caregiver with mental health intervention needs.

Keywords: Mental Health and Psychiatric Nursing, Family Interventions, Severe Mental Illness, Recovery

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Continuum de bem-estar-doença pelo Modelo de Sistemas de Neuman	28
Figura 2 – Ordenação de Necessidades de Saúde Nacionais	43
Figura 3 – ACE Star Model Of Knowledge Transformation e representação das relações entre várias etapas de transformação do conhecimento.....	45
Figura 4 – Esquema ilustrativo da progressão de atividades delineadas ao longo do percurso prático académico.....	50
Figura 5 – Diferentes discursos de mudança	55
Figura 6 – Pintura acrílica realizada pelo utente do estudo de caso.....	59

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Funções gerais do Terapeuta de Referência nas ECSM	37
Tabela 2 – Dimensões Avaliadas no Questionário CAN	52
Tabela 3 – Princípios e abordagens na recuperação da doença mental.....	68

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA - American Psychiatric Association

CAN - Questionário de Avaliação de Necessidades de Camberwell (*Camberwell Assessment of Need*)

CASP - Critical Appraisal Skills Programme

CNPSM - Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental

DL - Decreto-Lei

DM - Doente mental

DMG - Doença Mental Grave / Doente Mental Grave

DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5.^a Edição

DSM - Departamento de Saúde Mental

EC – Estudo de Caso

ECSM - Equipas Comunitárias de Saúde Mental

EE - Enfermeiro Especialista

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EESMP - Enfermagem de Especialidade em Saúde Mental e Psiquiátrica

EM - Entrevista motivacional

FQP - Questionário de Problemas Familiares

GOBP - Guia Orientador de Boas Práticas

HD - Hospital de Dia

NIMH - National Institute of Mental Health (EUA)

n.º – Número

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

PBE - Prática Clínica Baseada na Evidência

PIC - Plano Individual de Cuidados

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RDF - Relações Dinâmicas Familiares

SAMHSA - Substance Abuse and Mental Health Services Administration

SIC- Segundo Informação do Cliente

SLSM- Serviço Local de Saúde Mental

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TR - Terapeuta de Referência

ÍNDICE GERAL

Introdução	14
Parte I – Enquadramento e Desenvolvimento de Atividades	16
1. Enquadramento Conceptual	16
1.1 Esquizofrenia enquanto Doença Mental Grave	16
1.2 Dinâmica Relacional Familiar no Pós-alta Hospitalar do DMG.....	23
1.3 Referenciais Teóricos de Enfermagem – Teoria de Vinculação de John Bowlby e Modelo de Sistemas de Betty Neuman	25
2. Caracterização dos Contextos de Estágio	32
2.1 Estágio I – Internamento Agudos (6 Semanas)	33
2.2 Estágio Final – Equipa Comunitária de Saúde Mental I (20 Semanas)	35
3. Metodologia de Projeto	39
3.1 Diagnóstico de Situação	40
3.2 Fase de Descoberta do Conhecimento	45
3.3 Resumo da evidência	46
3.4 Tradução em Recomendações para a Prática	47
3.5 Integração na prática – a concretização	48
4. Avaliação do Processo e Resultados	61

Parte II – Análise do Processo de Desenvolvimento de	62
Competências	62
5. Análise Reflexiva sobre Competências Mobilizadas e Adquiridas	62
5.1 Competências comuns do Enfermeiro Especialista e Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.....	63
5.2 Competências de Mestre	76
Considerações Finais.....	80
Referências bibliográficas	81
Legislação.....	95
Anexos	96
Anexo I – Método CASP	97
Anexo II - Diferentes estádios motivacionais decorrentes da EM	102
Anexo III- Certificados de participação em congressos e ações de.....	103
formação.....	103
Apêndices.....	120
- Apêndice I — Estudo de caso	121
Apêndice II – Cronograma de atividades estágio I e final	252
Apêndice III – Questionários de satisfação	253

INTRODUÇÃO

O presente relatório analisa o percurso formativo no âmbito do VII Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, ministrado conjuntamente pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Reconhecendo a importância do Ensino prático de especialidade na formação do Enfermeiro, este relatório visa evidenciar o processo de aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista [EE], do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica [EESMP], e de Mestre. Os estágios, momentos cruciais de aprendizagem, realizados num Departamento de Saúde Mental no Alentejo, designadamente no Serviço de Internamento de Agudos (seis semanas) e, posteriormente, na Equipa Comunitária (20 semanas), proporcionaram as condições ideais para a implementação de uma intervenção familiar na pessoa com doença mental grave.

O presente relatório é assim uma explanação reflexiva sobre a experiência formativa, na qual foi possível explorar distintos contextos de interação, desde o ambiente controlado do internamento, até à dinâmica de intervenção em regime de ambulatório no Hospital de Dia, passando pelos desafiantes Cuidados Comunitários. Este acompanhamento e planeamento de intervenções ao Doente Mental Grave (DMG), desde a sua admissão em situação de descompensação sintomática, até ao seu «follow up» e manutenção do bem-estar da sua saúde mental no contexto próprio domiciliário do doente, em conjunto com a sua família, permitiram, de forma ampla, ter uma perspetiva global e abrangente do impacto que a doença provoca, não só na pessoa afetada, como nos familiares próximos.

O desenvolvimento do trabalho propõe uma análise dos efeitos nefastos que a DMG provoca nas diversas áreas de vida da pessoa afetada, assim como o estudo dos resultados alcançados após a intervenção familiar que nos propusemos realizar.

O cerne desta intervenção concentrou-se primordialmente na reabilitação do doente mental, na prevenção da recaída e, simultaneamente, na mitigação da sobrecarga sobre o

familiar cuidador, sendo o propósito final viabilizar a manutenção da dinâmica relacional deste binómio indivisível, composto pelo doente e sua família.

Neste sentido, este trabalho tem como objetivo a análise do papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica no cuidado à pessoa com DMG e à sua família durante o período de pós-alta do Serviço de Internamento de Psiquiatria.

Como objetivos específicos definem-se os seguintes:

1. Identificar as intervenções específicas realizadas pelo EEESMP no cuidado prestado à pessoa com DMG, focalizando-se no período crítico após a alta do Serviço de Agudos do DSM.

2. Desenvolver um plano estruturado para uma intervenção familiar, através de um estudo de caso direcionado à promoção e manutenção da dinâmica relacional familiar após a alta hospitalar da pessoa com DMG.

3. Analisar de forma crítica o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns do EE, competências específicas do EEESMP e competências de Mestre em Enfermagem.

Este relatório é estruturado em duas partes distintas. Inicialmente, é apresentada a contextualização conceptual da temática em análise, seguida pela discussão dos referenciais teóricos adotados. Posteriormente, são apresentadas as Atividades Desenvolvidas durante os estágios, explorando a metodologia de projeto, que culminou na elaboração de uma Intervenção Familiar. Quanto à segunda parte, intitulada Análise do Processo de Desenvolvimento de Competências, engloba uma análise crítica dos resultados alcançados à luz dos objetivos inicialmente definidos, bem como uma reflexão sobre o percurso académico que possibilitou a aquisição de competências enquanto EE, EEESMP e de Mestre em Enfermagem.

PARTE I – ENQUADRAMENTO e DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1 ESQUIZOFRENIA ENQUANTO DOENÇA MENTAL GRAVE

A Doença Mental Grave (DMG) constitui um desafio global de proporções significativas, impactando milhões de vidas em todo o mundo (OMS, 2018).

Definida como uma condição psiquiátrica que resulta em perturbações mentais, comportamentais ou emocionais, causando prejuízos funcionais consideráveis e afetando substancialmente as atividades de vida da pessoa, a designação DMG tem sido alvo de esforços para alcançar uma definição consensual. (Iturralde et al., (2021); NIMH, (2023); Walker, McGee, & Druss, (2015)).

O conceito foi alvo de algumas discordâncias nas últimas décadas. Anteriormente, o uso da definição abarcava três dimensões: diagnóstico clínico, duração da doença e disfuncionalidade na pessoa afetada. Porém, a definição mais aceite considera duas dimensões – duração do tratamento e funcionalidade da pessoa. Essa mudança visou uma inclusão mais abrangente, eliminando assim possíveis exclusões baseadas no diagnóstico. O critério de duração da doença, foi ajustado para “duração do tratamento”, com pelo menos dois anos de contacto com serviços de saúde como critério. Quanto à funcionalidade, estabeleceram-se a existência de interferência nos domínios da produtividade, das relações interpessoais, da autonomia, do desempenho ocupacional e da capacidade de autogestão da doença (Ruggeri (2000); Parabiaghi *et al.* (2006); Martínez-Martínez, Richart-Martínez, & Ramos-Pichardo (2020)).

Essas premissas foram respaldadas em Portugal pelo Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com DMG (OE, 2021), que reforça a adoção do critério bidimensional.

Pelo Artigo 2.º do DL n.º 8/2010, de 28 de janeiro, o Ministério da Saúde define DMG, como uma “doença psiquiátrica que, devido às suas características e à evolução do seu quadro clínico, provoca impactos duradouros ou contínuos na funcionalidade da pessoa.”

Já nos EUA, a Administração de Serviços de Abuso de Substâncias e Saúde Mental (SAMHSA) define DMG como aquela que acomete indivíduos com 18 anos ou mais, que durante o último ano apresentaram uma perturbação mental, comportamental ou emocional diagnosticável de acordo com os critérios diagnósticos especificados no manual de diagnóstico da American Psychiatric Association (APA) e que resulta em prejuízo funcional, interferindo substancialmente ou limitando uma ou mais atividades de vida.

“As atividades principais de vida afetadas incluem habilidades de vida básicas diárias (ex.: comer, tomar banho, vestir-se); habilidades de vida instrumentais (ex.: manter uma casa, gerir o dinheiro, deslocar-se na comunidade, tomar medicação prescrita) e funcionar em contextos sociais, familiares e vocacionais/educacionais.” (SAMHSA, 2017, p. 11)¹

A definição assume a presença de um ou mais diagnósticos de Doença Mental em conjunto com o critério de prejuízo significativo na funcionalidade da pessoa afetada.

É relevante observar que, embora a Esquizofrenia, a Perturbação Bipolar e a Depressão Major sejam os diagnósticos mais frequentemente associados à DMG devido à persistência de sintomas relevantes ao longo do tempo e à significativa incapacidade funcional em áreas como habilidades de vida diária, relações sociais, familiares, trabalho ou educação, outros diagnósticos também podem ser abrangidos, caso produzam prejuízo funcional, conforme os critérios já mencionados (Dale, 1997; SAMHSA, 2017). Esta visão mais abrangente realça a importância de uma análise sensível que reconheça todas as áreas com potencial para afetar negativamente a funcionalidade e o bem-estar dos doentes.

Atualmente, verifica-se ainda uma falta de unanimidade na uniformização do conceito de DMG. Para Martínez-Martínez *et al.* (2020), é necessário que especialistas, pesquisadores e

¹ Major life activities include basic daily living skills (e.g. eating, bathing, dressing); instrumental living skills (e.g., maintaining a household, managing money, getting around the community, taking prescribed medication); and functioning in social, family, and vocational/educational contexts. (SAMHSA, 2017, p. 11)

instituições alcancem um consenso sobre os critérios de aplicação do termo DMG, a fim de garantir a sua validade de conteúdo.

Em consonância com a definição estabelecida a nível nacional para DMG (DL n.º 8/2010, de 28 de janeiro), procedemos agora à análise da definição da Esquizofrenia, já que a intervenção proposta no âmbito deste relatório tem como alvo a pessoa diagnosticada com Esquizofrenia e a sua família, sendo por isso crucial definir o conceito de Esquizofrenia para uma compreensão mais aprofundada e contextualizada da intervenção.

A Esquizofrenia é uma doença debilitante que se manifesta com sintomas positivos e negativos afetando a cognição e as emoções (Luvsannyam *et al.*, 2022). Apresenta-se clinicamente de forma heterogénea, caracterizando-se por alterações em um ou mais dos cinco domínios: delírios, alucinações, desorganização do pensamento, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomatologia negativa, como expressão emocional diminuída, avolia, alogia, anedonia e ausência de interesse na socialização (DSM-5, 2014).

A categorização da sintomatologia é geralmente feita em duas classes - a sintomatologia positiva e negativa. A sintomatologia positiva, assim designada por representar uma adição ou exacerbação das funções mentais, inclui a presença de alucinações, delírios, pensamento desorganizado ou manifestação de comportamento motor agitado, com existência de movimentos excessivos e descoordenados (discinesia, acatisia, estereotipias). Na sintomatologia negativa, contrariamente, existe uma diminuição ou perda de funções, na qual a pessoa pode manifestar apatia, anedonia, empobrecimento dos afetos, pobreza do discurso ou isolamento social (DSM-5, 2014; Zielasek & Gaebel, 2018).

Os sintomas negativos constituem um elemento central na patologia da doença. Estes sintomas podem ser primários, intrínsecos à fisiopatologia subjacente da esquizofrenia, ou secundários, estando associados a comorbilidades, efeitos adversos de medicamentos ou fatores ambientais. Mais de metade dos pacientes com esquizofrenia crónica apresenta, pelo menos, um sintoma negativo. Estes sintomas podem manifestar-se em qualquer fase da doença. No entanto, numa fase pré-mórbida e inicial são os mais frequentemente observados (DSM-5, 2014; Correll & Schooler, 2020; Mosolov & Yaltonskaya, 2022).

Além dessas categorias, também se consideram os sintomas cognitivos, como dificuldades de memória e concentração, e sintomas emocionais, relacionados com o afeto, o humor e a reatividade emocional alterada (perturbação dos afetos, indiferença afetiva, irritabilidade, entre

outros). Cada pessoa pode apresentar uma combinação única de sintomas e o tratamento é personalizado com base nas necessidades individuais (Barlatti, *et. al*, 2022; Tandon, Nasrallah, & Keshavan, 2009; Wallwork *et al.*, 2012)

A Esquizofrenia está associada a múltiplas sequelas psicossociais E a baixas taxas de recuperação funcional. Indivíduos com esquizofrenia apresentam altas taxas de desemprego, falta de moradia, reclusão, divórcio ou estado civil não casado, isolamento social e uma diminuição geral na qualidade de vida (Faden & Citrome, 2022)

Estima-se que afete aproximadamente 24 milhões de pessoas, conforme dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022). Devido à sua complexidade e heterogeneidade, a etiologia e os mecanismos fisiopatológicos da esquizofrenia ainda não são totalmente compreendidos (Kidambi, Elsayed, & El-Mallakh, 2023; Orsolini, Pompili, & Volpe, 2022; Smeland *et al.*, 2020).

Apesar da sua baixa prevalência, a carga global causada pela doença é imensa. Mais de metade dos doentes apresentam comorbilidades significativas, tanto psiquiátricas como médicas, tornando-a uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo. Além disso, o diagnóstico de esquizofrenia está associado a uma redução de 20% na expectativa de vida (Chong *et al.*, 2016; Hany *et al.*, 2023).

Diversos fatores de risco estão relacionados com o desenvolvimento da Esquizofrenia. Fatores ambientais, como a estação do ano no nascimento, mostram incidência mais elevada em pessoas nascidas no final do Inverno, início da Primavera. Fatores genéticos, fisiológicos, maternos e relacionados à idade dos pais também contribuem para o risco (maior incidência quando os pais têm idade mais avançada). Fatores socioeconómicos e culturais e questões de género também devem ser considerados. Relativamente a este último fator, observa-se uma incidência mais significativa no género masculino, com início do desenvolvimento de doença mais cedo, entre o final da adolescência e o início da idade adulta. (Kidambi, Elsayed, & El-Mallakh, 2023; Li, Zhou, & Yi, 2022; DSM-5, 2014).

Quanto ao desenvolvimento e curso, cerca de 20% dos afetados apresentam um curso favorável. A maioria dos indivíduos apresenta um desenvolvimento gradual de sinais e sintomas. A falta de «insight» é um preditor comum, interferindo na adesão ao tratamento, o que provoca, por sua vez, taxas mais elevadas de recaída, aumento de tratamentos involuntários, funcionamento psicossocial deficiente, manifestação de comportamentos de auto e heteroagressividade e um curso desfavorável da doença. Sintomas psicóticos tendem a diminuir

ao longo da vida, associados a um declínio da atividade dopaminérgica relacionada com o envelhecimento (DSM-5, 2014; Kim, J. *et al.*, 2020).

Apesar dos avanços no tratamento farmacológico e no incremento de intervenções psicossociais, a maioria dos esquizofrénicos apresentará uma resposta incompleta ao tratamento e sintomas residuais. A deterioração progressiva na pessoa acaba por se tornar evidente. A gestão desta doença é, portanto, complexa, com risco de recaída, onde, sobretudo após a exacerbação de sintomas psicóticos, se verifica um maior tempo de resposta ao tratamento prescrito (Caspi, Davidson, & Tamminga, 2004; Saito *et al.*, 2019; Drake *et al.*, 2020).

Embora os antipsicóticos disponíveis tenham melhorado os seus resultados, ainda são relativamente ineficazes para os sintomas negativos e cognitivos, estando associados a uma série de efeitos secundários problemáticos (Kantrowitz *et al.*, 2023).

A utilização de exames complementares de diagnóstico, como a ressonância magnética, tem fornecido também dados importantes sobre alterações na matéria cinzenta e branca do cérebro associadas à esquizofrenia. As mudanças na matéria cinzenta são particularmente significativas após o início de sintomas psicóticos. Estas alterações são a possível causa para um comprometimento marcado ao nível das funções de atenção e memória (DSM-5, 2014; Luvsannyam *et al.*, 2022).

O início da doença na infância está associado a um prognóstico mais grave, com destaque para os sintomas negativos. O risco de suicídio é também uma consequência séria e relevante a considerar. Aproximadamente 5 a 6% dos indivíduos com esquizofrenia morrem por suicídio e cerca de 20% tenta o suicídio em uma ou mais ocasiões, frequentemente em resposta a alucinações que incitam à autoagressão (DSM-5, 2014; de Cates *et al.*, 2021).

Ao longo da primeira década após o diagnóstico, existe um risco significativo de suicídio. A conscientização dos sintomas, incluindo delírios, anedonia, associabilidade e embotamento, juntamente com sentimentos negativos em relação ao tratamento ou falta de adesão ao mesmo, está associada a um aumento desse risco. A presença de depressão como comorbidade e histórico de tentativa de suicídio são fatores relevantes na avaliação deste risco. A adesão a um projeto terapêutico abrangente destaca-se como o único fator de proteção confiável, onde a prevenção do risco envolve sobretudo estreita monitorização, psicoterapia, gestão da sintomatologia psicótica e, quando relevante, tratamento da síndrome depressiva, bem como a avaliação do uso de substâncias (McGinty, Haque, & Upthegrove, 2018; Sher & Kahn, 2019).

A gestão do episódio psicótico também é crucial na redução do risco de suicídio na esquizofrenia, sublinhando a necessidade de cuidados mais intensivos nessa fase crítica (de Cates *et al.*, 2021).

Tendo em consideração o atrás mencionado, consideramos a Esquizofrenia como uma doença muito incapacitante que impacta profundamente o funcionamento e a qualidade de vida dos afetados e das suas famílias. Perante esta conclusão, destaca-se a importância da avaliação global no contexto de doença, como veremos mais adiante neste relatório.

Assim, o termo «estadiamento clínico», que nos propomos analisar, surge como uma resposta para a gestão mais eficaz do tratamento da pessoa com DMG.

Contrariamente à abordagem tradicional, que tende a generalizar indivíduos com o mesmo diagnóstico, independente do estágio de evolução, o estadiamento clínico considera fatores como comorbilidades, diferentes perfis psicopatológicos e o grau de deterioração funcional que a pessoa apresenta no momento. Esta abordagem procura uma compreensão mais abrangente e holística de todas as dimensões da doença, proporcionando uma base sólida para a orientação terapêutica, prognóstico e metas de saúde a delinear. Esta visão multidimensional permite classificar os indivíduos ao longo de um *continuum* de análise da gravidade da doença, estabelecendo diferentes estádios com base em sinais, sintomas e variações ao longo do tempo tendo em conta a funcionalidade demonstrada. O objetivo é dividir a avaliação da perturbação em diferentes patamares de intervenção reconhecíveis e que reflitam o curso real da doença para o tratamento e prognóstico mais assertivo a delinear (Shah *et al.*, 2020).

Utilizando indicadores objetivos, esta conceção pretende identificar o estágio de doença na pessoa, analisando a evolução da perturbação, adotando a estratégia terapêutica mais apropriada e personalizada a cada doente, com a finalidade de prevenir a progressão para estádios mais avançados e promover, assim, a manutenção ou o regresso a fases menos graves da doença (De La Fuente-Tomas *et al.*, 2019).

Não sendo pretensão deste relatório examinar detalhadamente o uso desta abordagem, pretendemos enaltecer a sua importância para a reflexão, particularmente no contexto da Esquizofrenia.

Apesar do reconhecido potencial do modelo, a sua validade empírica, até ao momento, foi demonstrada apenas para a depressão, não existindo validação para a prática clínica nos

modelos empíricos desenvolvidos para o estadiamento clínico da Esquizofrenia ou Perturbação Bipolar, como enfatizado por De La Fuente-Tomas *et al.* (2019).

Apesar das limitações, esta ideologia é pertinente, pois permite conceber cuidados mais inclusivos e ajustar objetivos e ações terapêuticas de forma personalizada a cada indivíduo.

A nível nacional, esta prática é apoiada pela Lei da Saúde Mental (Lei n.º 35/2023, de 21 de julho), que no seu Artigo 4.º, alínea a), fundamenta a política de saúde mental na “prestação de cuidados de saúde mental centrados na pessoa, reconhecendo a sua individualidade e subjetividade, necessidades específicas e nível de autonomia.” Além disso, pela alínea c) considera que “a prestação de cuidados de saúde mental é assegurada por equipas multidisciplinares habilitadas a responder, de forma integrada e coordenada, às diferentes necessidades de cuidado das pessoas”.

No âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, ainda indo ao encontro dessa linha de pensamento, a OE recomenda a adoção da metodologia de Gestão de Caso, liderada por um Terapeuta de Referência,[TR] (OE, 2021).

A presença de um TR desempenha um papel fundamental, pois, ao mediar o processo terapêutico, facilita a adaptação ao processo de doença e constrói relações coesas e de confiança. Esta atuação envolve uma articulação eficaz com todos os outros profissionais de saúde ou outros elementos que contribuam para a recuperação da pessoa. O EEESMP destaca-se como Terapeuta de Referência, estando especialmente capacitado para assumir esse papel e demonstrando adaptação aos desafios específicos associados a doenças mentais graves (OE, 2021).

Em contexto comunitário, a intervenção realizada por um TR demonstra impactos significativos na redução de recaídas, na minimização de reinternamentos e na promoção de uma abordagem personalizada de cuidados (OE, 2021).

O princípio de atuação centrado no Gestor de Caso foi fundamental para a implementação da Intervenção Familiar conduzida durante o estágio final, a qual detalhamos minuciosamente no Estudo de Caso apresentado no Apêndice I.

1.2 DINÂMICA RELACIONAL FAMILIAR NO PÓS-ALTA HOSPITALAR DO DMG

O conceito «dinâmico» refere-se a movimento, sendo o oposto de «estático» ou «imóvel». A Dinâmica Familiar é o esquema das relações e interações dos membros da família, abrangendo elementos como: hierarquias, regras e padrões de interações familiares. Cada família é única nas suas características, podendo possuir dinâmicas úteis e não úteis. A Dinâmica Familiar influencia a forma como os jovens se veem, como veem os outros e o mundo, além de impactar nos seus relacionamentos, comportamentos e bem-estar futuro (Al Ubaidi, 2017; Persram *et al.*, 2019; Gerhardt, 2019).

Apesar de cada pessoa ter metas e objetivos de vida diversos, a procura por apoio familiar é comum. Os familiares permitem ajudar a discernir entre fatores benéficos e fatores prejudiciais, contribuindo para a qualidade de vida.

Assim, reconhecendo que problemas inerentes às vicissitudes da vida afetam todas as idades, a família oferece <<insights>> valiosos para lidar com esses desafios (Persram *et al.*, 2019). A família é uma fonte primordial de cuidado e apoio para indivíduos com doença mental em todo o mundo (Bott, Sheckter, & Milstein, 2017; La Fontaine & Oyebode, 2014).

Medidas como a comunicação eficaz, os relacionamentos positivos e a resolução pacífica de conflitos são destacadas como contribuições fundamentais no fortalecimento de uma dinâmica familiar funcional, promovendo um ambiente positivo e colaborativo (White *et al.* 2010; Borden *et al.*, 2014; Kapur, 2023).

Relações familiares seguras e de apoio oferecem amor, aconselhamento e cuidado. Por outro lado, relacionamentos familiares stressantes são marcados por discussões, críticas constantes e exigências onerosas (Gunn & Eberhardt, 2019).

O processo de doença prolongada, como a Esquizofrenia, é um desafio que pode ser enfrentado pelas famílias. A natureza deteriorante desta DMG resulta em maiores exigências de cuidado e dependência dos membros cuidadores de uma família, com risco de afetar a sua dinâmica relacional. A Esquizofrenia, como mencionado anteriormente, acarreta uma degradação da funcionalidade da pessoa em vários níveis, o que implica uma gestão complexa do processo de doença. Conviver e cuidar de uma pessoa com Esquizofrenia é suscetível de causar aos cuidadores múltiplos problemas de saúde, incluindo depressão, doenças físicas,

propensão ao aumento do uso de substâncias, além de alterações nos relacionamentos interpessoais e nas atividades sociais (Khan, Ann, & Khatoon, 2023).

As experiências negativas associadas à prestação de cuidados por parte dos cuidadores informais a pessoas com problemas de saúde são frequentemente denominadas por sobrecarga familiar ou «burden», termos que se referem ao impacto que o ato de cuidar de uma pessoa com problemas de saúde tem na vida do seu cuidador, abrangendo consequências emocionais, psicológicas, físicas e económicas decorrentes desse cuidado (Dijkxhoorn *et al.*, 2023; Zedan *et al.*, 2023). Aproximadamente 75% dos cuidadores refere três ou mais áreas de sobrecarga devidas à dedicação ao cuidado prestado (Bentur & Moualem, 2001). Para Udoh *et al.* (2021), os cuidadores têm relatado sofrer angústia psicológica e sobrecarga durante o cuidado aos seus familiares com perturbações mentais. No estudo de Ampalam, Gunturu e Padma (2012) é exposto o maior risco que os cuidadores de pessoas que sofrem de doenças mentais possuem para o desenvolvimento de problemas psicológicos, como depressão, ansiedade, fadiga e «burnout».

Nesse sentido, a doença mental pode ser um elemento disruptivo na dinâmica familiar, potenciando mal-estar nos seus membros (Ennis & Bunting, 2013; Suresky, Zauszniewski & Bekhet, 2014).

O momento crucial da alta hospitalar de um familiar com Esquizofrenia emerge como um ponto crítico, representando por si só, um risco para a dinâmica familiar, para o qual se exige especial atenção (İzci *et al.*, 2023). Problemas como comprometimento na interação familiar, comunicação prejudicada e estratégias de «coping» ineficazes podem aumentar a sobrecarga no cuidador. No entanto, esses desafios também impactam a condição de recuperação na pessoa com doença mental, resultando em piores resultados de saúde (von Kardorff *et al.*, 2016; Rao, Grover, & Chakrabarti, 2020).

Por conseguinte, a análise das interações diádicas e as oscilações desencadeadas por um processo complexo como a alta hospitalar no doente e na família não só destaca a necessidade urgente de abordagens holísticas e abrangentes, mas também realça a importância crucial de reconhecer os desafios enfrentados pelos cuidadores e compreender como esses desafios afetam a sua saúde mental e processo de recuperação do familiar afetado. A compreensão dessas dinâmicas demanda uma abordagem multifacetada. Deste modo, com o intuito de aprofundar a análise e enriquecer a compreensão destes fenómenos complexos, propomos, no

capítulo subsequente, uma investigação sob a perspectiva das teorias de enfermagem. Essa análise visa lançar luz sobre as nuances e os elementos essenciais que permeiam o contexto da enfermagem no âmbito das relações familiares afetadas pela Esquizofrenia.

1.3 REFERENCIAIS TEÓRICOS DE ENFERMAGEM – TEORIA DE VINCULAÇÃO DE JOHN BOWLBY E MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

Em 1969, John Bowlby desenvolveu a «Teoria do Apego» ou «Teoria do Vínculo», dedicando o foco do seu estudo às interações iniciais estabelecidas entre a criança e a sua figura de apego. O autor distingue «Dependência» de «Apego», enfatizando que a dependência diminui gradualmente até à maturidade, enquanto que o apego torna-se mais evidente após os seis meses de vida do bebé (Bowlby, 1969, pp. 284-291).

O psiquiatra inferiu que, nas primeiras semanas de vida, o bebé depende, sem dúvida, dos cuidados da mãe, mas ainda não está apegado a ela. Conforme refere no seu trabalho, “como o bebé nasce muito imaturo e demora tanto para se desenvolver, não há espécie em que o comportamento de apego leve tanto tempo para aparecer²” Bowlby, 1969, p. 157).

Como consequência, descobrimos que a Dependência é máxima no nascimento, mas acaba por diminuir de forma mais ou menos constante até à maturidade. Por outro lado, o Apego, completamente ausente no momento de nascimento, mantém-se ao longo da vida. Assim, mesmo na ausência da progenitora, a criança demonstra apego emocional.

Para suportar as suas considerações, o autor evidenciou que, perante a separação de crianças do seu lar para um outro lar adotivo, sem os seus progenitores, quanto mais velhos, mais perturbações comportamentais os menores manifestavam (Bowlby, 1969).

O termo «figura de apego» é definido pelo autor como a pessoa que desempenha um papel crucial na vida emocional da criança, normalmente os progenitores (Bowlby, 1969).

Bowlby (1969) analisou também o comportamento de crias de primatas, tendo observado similitudes com o comportamento humano. Durante as suas experiências, influenciadas por

² “Because the human infant is born so very immature and is so slow to develop, there is no species in which attachment behaviour takes so long to appear.” (Bowlby, 1969, p. 157)

Harlow e Zimmermann (1959), observou os mecanismos corporais de macacos Rhesus, colocando crias de macacos em salas distintas, expostas ao contacto com uma boneca de pano desprovida de alimentação, numa sala, e com uma boneca de arame com alimento, na outra. Em situação de alarme, as crias da primeira sala prontamente procuravam e tocavam nas bonecas de pano à procura de conforto. Por outro lado, na outra sala, nenhum macaco procurava o contacto com a boneca de arame e demonstravam comportamento de agitação. Estas observações levaram à conclusão de que a alimentação não é crucial para o estabelecimento do vínculo, o que, segundo o autor, desafia teorias anteriores ancoradas em instintos primários. Tais conclusões remetem o fator alimentação para um prisma de menor importância, evidenciando que o vínculo vai além das necessidades fisiológicas. O conforto emocional é elementar para o desenvolvimento do apego, superando a satisfação alimentar.

Estabelecendo um paralelismo com o comportamento humano, o autor argumenta que os vínculos das crianças com adultos afetuosos proporcionam um ambiente mais seguro. Quando a criança se sente segura, a sua capacidade de aprendizagem aumenta (Bowlby, 1969).

Face ao exposto, torna-se evidente que, embora as experiências de apego ao longo da vida sejam diversas, é inegável que os primeiros vínculos entre um bebé e o seu cuidador influenciam o desenvolvimento cognitivo, social e emocional da criança e da pessoa adulta, permanecendo esta teoria válida como objeto de análise ainda em estudos atuais (Thompson, Simpson, & Berlin, 2022; Garrett, 2023).

A escolha deste modelo no presente trabalho fundamenta-se na proximidade íntima constatada entre o doente em estudo e a sua progenitora, a cuidadora. A intervenção, desenvolvida ao longo de cinco meses, evidenciou paralelismos com a teoria de Bowlby, observando-se nuances relacionais disfuncionais de desapego pelo progenitor. A ocorrência de uma inesperada desvinculação por divórcio, com corte brusco de ligação emocional do pai ao doente, foi percebida pela mãe como um momento traumático que potenciou a descompensação da doença do seu filho, associando o evento à não adesão ao regime medicamentoso e ao aumento do seu comportamento agressivo. Experiências traumáticas de separação em relação a uma figura de apego podem desencadear frustração, manifestando-se a nível comportamental em atitudes hostis (Bowlby, 1969). Esse padrão é consistente com a pessoa alvo da presente intervenção, onde atos de agressão física contra a mãe resultaram no

seu internamento hospitalar involuntário e urgente. Tais conflitos, percebidos «in loco» no seio familiar, sugeriam que as problemáticas remontavam a eventos mais antigos, nomeadamente da infância do doente.

Assim, compreendemos que a exploração destes fundamentos conceptuais seja o alicerce teórico que sustentou a prática clínica do EEESMP. Embora reconheçamos que as analogias inferidas da teoria de Bowlby possam ser precoces, devido à limitada informação resultante da pouca interação temporal, sublinhamos a ideia expressa por Bowlby de que os primeiros vínculos não afetam apenas as relações familiares imediatas, mas também influenciam o crescimento e o comportamento futuro da criança e do adulto.

Relativamente ao vínculo mãe-filho, Bowlby (1980) discute como a perda de um dos pais pode influenciar o comportamento humano. O autor designa perda como o evento que pode ser desencadeado pelo luto, por morte ou ausência repentina, e como isso pode resultar em reações emocionais e comportamentais nas crianças e adultos, nomeadamente emoções mais intensas surgem durante a formação, manutenção, interrupção e renovação dos laços de apego. A formação de um vínculo é descrita como apaixonar-se, a manutenção como amar alguém e a perda como um processo de luto. Da mesma forma, a ameaça de perda desperta ansiedade e a perda real desencadeia tristeza. Cada uma destas situações pode provocar raiva, como observado no caso do paciente em estudo (Bowlby, 1980).

Em suma, esta teoria proporciona-nos a capacidade de refletir sobre o passado da família, oferecendo «insights» valiosos para a compreensão da dinâmica familiar presente e os seus impactos na saúde mental do sistema.

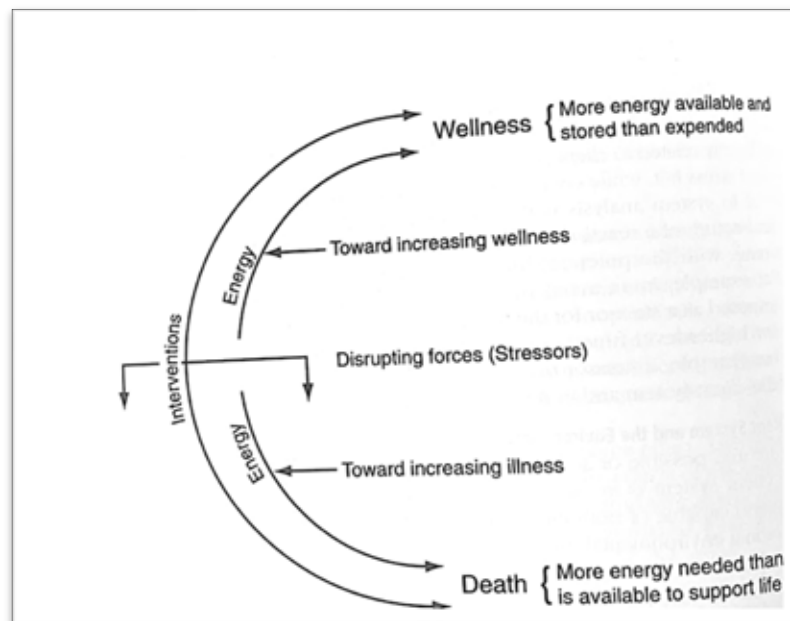
Com o intuito de aprofundar a análise teórica, propomos agora uma investigação mais detalhada do sistema familiar em estudo, recorrendo ao Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

Desenvolvido no início da década de 70, este paradigma constitui uma estrutura teórica fundamental, que oferece uma perspetiva centrada na interação entre o cliente e o ambiente no qual está inserido. A escolha deste modelo justifica-se pela sua relevância na abordagem de situações que induzem entropia no sistema. Essa análise é particularmente importante, dado que este trabalho visa acompanhar um sistema familiar sob tensão. Na perspetiva da intervenção, exploramos dinâmicas familiares disfuncionais, stress e sobrecarga elevada, o que

motivou a procura por mais conhecimento empírico que sustentasse uma adequada tomada de ação com vista ao restabelecimento do doente.

Segundo Neuman e Fawcett (2011, p. 23), o conceito de saúde ou bem-estar é representado como um contínuo, onde o bem-estar e a doença são consideradas extremidades opostas, tal como se ilustra na Figura 1.

Figura 1 – Continuum de bem-estar-doença pelo Modelo de Sistemas de Neuman



Fonte: Neuman e Fawcett (2011, p. 24)

A saúde do cliente representa a estabilidade ótima do sistema, refletindo o máximo estado de bem-estar alcançável. A saúde é mutável, aumentando ou diminuindo ao longo do ciclo de vida devido à influência de fatores na sua estrutura básica, nomeadamente respostas de ajuste satisfatório ou insatisfatório do sistema face a stressores. A saúde é a manifestação de energia disponibilizada para preservar e melhorar a integridade do sistema. O modelo de contínuo bem-estar-doença de Neuman sugere um fluxo contínuo de energia entre o cliente e o ambiente. É indispensável determinar os efeitos da invasão dos stressores, para que se consiga atingir o bem-estar. O movimento do cliente em direção ao bem-estar ocorre quando o indivíduo cria mais energia do que a que usa. Inversamente, quando é necessário gastar mais energia do que a que

se armazena, o movimento ocorre em direção à doença, aos seus efeitos nefastos e à possível morte.

As oscilações no bem-estar que provocam instabilidade são causadas pela invasão de stressores na linha normal de defesa. É a esse nível, sobretudo, que o Enfermeiro deve atuar, de forma a potenciar estratégias que visem prevenir ou reduzir a magnitude das reações nefastas dos stressores.

Quando o sistema do cliente é perturbado no seu estado normal ou estável, sobrevém um fluxo violento de energia, gasto para lidar com essas mudanças. Se mais energia é usada pelo sistema do que é criada, mais efeitos nefastos surgem como consequência. Neuman e Fawcett (2011, p. 24),

De acordo com Neuman e Fawcett (2011, p. 24), “é a estabilidade [que] preserva o caráter do sistema³”. Já o bem-estar é um estado de abundância, de inércia, livre de necessidades perturbadoras, enquanto a doença é um estado de insuficiência com necessidades perturbadoras e de insatisfação.

Na aplicação da teoria à enfermagem familiar, a família, uma unidade completa e central, é vista como cliente. Os seus membros são considerados como subsistemas do sistema, no qual a família, como um todo, é maior do que a soma das suas partes – os seus membros individuais. A família é um sistema aberto, ou seja, um sistema de complexidade organizada, no qual todos os elementos interagem, existindo fluxo contínuo de entrada e processo, saída e feedback. Stress e reação ao stress são analisados como elementos básicos inerentes. Consideram-se quatro variáveis que compõem a perspetiva familiar: (1) as relações psicossociais da família, que integram as variáveis psicossociais e culturais; (2) a saúde física da família; (3) o desenvolvimento da família e (4) as influências espirituais na família (Tarko & Reed, 2004, citados por Neuman & Fawcett, 2011, p. 71).

As práticas, os comportamentos e os costumes psicossociais da família têm impacto não apenas em cada membro da família, mas no conjunto do sistema. Também a saúde física da família é afetada pela saúde dos seus membros individuais e pelos papéis que estes desempenham. A experiência de saúde de cada membro da família tem impacto na saúde geral da família. Para o alcance do bem-estar ótimo é imperativo que todas as necessidades do sistema sejam atendidas. Um sistema é considerado holístico quando as suas partes ou subpartes se conseguem organizar num todo inter-relacionado, no qual os indivíduos são vistos

³ “Stability preserves the character of the system.” (Neuman, & Fawcett, 2011, p. 24).

como totalidade. Os seus diversos componentes estão em constante interação dinâmica e interdependente, ajustando-se aos diferentes stressores ambientais (Neuman & Fawcett, 2011, p. 329).

Um estado reduzido de bem-estar é o resultado de necessidades sistémicas não atendidas. As «linhas de resistência», entendidas como fatores de proteção que se intensificam quando stressores penetram a linha normal de defesa, protegem a estrutura básica e criam estratégias facilitadoras do processo de reconstituição, aumentando o nível de bem-estar à medida que a reação ao *stressor* diminui e a resistência do cliente aumenta. As linhas de resistência são a última proteção contra stressores antes de penetrarem no cerne do sistema. Alterações nas práticas de saúde familiar e consciência dos riscos para a saúde da família aumentarão o tamanho e a distância das linhas de resistência do “núcleo central” da família, proporcionando-lhe maior proteção. Já a «Linha Normal de Defesa» é entendida como um nível ajustável de saúde, desenvolvido ao longo do tempo e considerado normal para o sistema.

Por «stressores» entenda-se os fatores ambientais intra, inter e extrapessoais que possuem o potencial de perturbar a estabilidade do sistema, ao penetrarem nas suas linhas de defesa e de resistência. Os stressores têm a capacidade de criar resultados positivos e negativos. Quando invadem a linha normal de defesa, as linhas de resistência são ativadas. Stressores intrafamiliares são forças provenientes do interior dos limites familiares e que têm o potencial de perturbar a estabilidade do sistema familiar, tais como doença, nascimento ou morte de um membro da família. Stressores interfamiliares resultam de forças que ocorrem externamente ao limite da família, mas dentro do ambiente imediato da família, como o tipo de relações estabelecidas com os restantes familiares fora do agregado, as práticas culturais e religiosas e as expectativas. Os stressores extrafamiliares são externos e distantes dos limites familiares, mas têm também potencial para afetar o funcionamento da família, sem que esta tenha controlo sobre eles. Estes tipos de stressores incluem condições socioeconómicas e políticas, custos com a habitação, mudança de emprego, questões de segurança na vizinhança e comunidade (Neuman & Fawcett, 2011, pp. 328-329).

Do ponto de vista da atuação do profissional de enfermagem, é de suma importância compreender também o conceito de prevenção. A prevenção pode ser subdividida em três níveis distintos. Assim, na prevenção primária, a intervenção é prévia à ação dos stressores, enquanto na prevenção secundária, o tratamento é implementado após a manifestação da reação aos stressores. Por fim, na prevenção terciária, a intervenção visa a manutenção do bem-

estar ótimo após a recuperação dos efeitos dos stressores, possibilitando a reconstituição do sistema. A reconstituição, por sua vez, representa o regresso e a manutenção da estabilidade do sistema após o tratamento de uma reação a um *stressor* (Neuman & Fawcett, 2011, pp. 70-75).

Consolidado ao longo do tempo, este referencial teórico tem permanecido atual e relevante, contribuindo para investigações onde a família figura como objeto central de estudo. (Joshi, Kumari, & Ajesh, 2020; Kim, S. *et al.*, 2020; Lima *et al.*, 2020; Eustace, 2022).

A aplicação do Modelo de Sistemas de Neuman, especialmente no contexto do Estudo de Caso elaborado na pessoa com DMG, (Apêndice I), possibilitou-nos uma análise profunda e abrangente dos diversos stressores presentes no sistema, o que permitiu o planeamento e a implementação das intervenções considerando os três níveis de prevenção do cuidado.

As flutuações no bem-estar do sistema em estudo que verificámos potenciar instabilidade resultaram da invasão de stressores na linha normal de defesa, o que justifica a concentração da nossa atuação nesse nível, através da implementação de estratégias para prevenir ou reduzir a magnitude de possíveis reações aos stressores. A intervenção, realizada com o objetivo de promover a saúde familiar, permitiu fortalecer a linha flexível de defesa, a linha normal de defesa e as linhas de resistência, para assim garantir a retenção, manutenção e obtenção da estabilidade e bem-estar do sistema.

À luz do exposto, concluímos que o conhecimento proporcionado pelo Modelo de Sistemas de Neuman foi útil na resolução dos focos problemáticos identificados na unidade familiar, com interação prejudicada e acúmulo significativo de desafios subjacentes à condição do processo de Doença Mental Grave presente. Obteve-se, deste modo um impacto positivo sobre a forma como o Enfermeiro, Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica produz ganhos em saúde, neste caso contribuindo para o envolvimento mútuo dos seus subsistemas (membros), para a sua coesão e harmonização em conformidade com a abordagem holística do modelo.

2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

O presente capítulo apresenta uma caracterização sucinta dos contextos nos quais ocorreram os Estágios realizados no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Ambos os estágios foram realizados na região do Alentejo, o Estágio Inicial no Serviço de Internamento de Agudos e o Estágio Final na Equipa Comunitária de Saúde Mental I, que faz parte do mesmo Departamento de Saúde Mental.

Este Departamento opera de forma interdisciplinar, oferecendo cuidados que abrangem áreas como psiquiatria geral, gerontopsiquiatria, pedopsiquiatria, psicologia, enfermagem, terapia ocupacional e serviço social. Além disso, desempenha um papel crucial na formação de profissionais de saúde, disponibilizando recursos físicos e humanos para diversos ensinamentos clínicos e modalidades específicas de formação. O tratamento do doente mental pode ser realizado em regime de internamento ou ambulatório, que inclui Hospital de Dia (HD) e unidades descentralizadas de prestação de cuidados, as Equipas Comunitárias de Saúde Mental. De acordo com a Lei de Saúde Mental, o tratamento em internamento ou em ambulatório pode ser em regime voluntário ou involuntário (Lei n.º 35/2023, de 21 de julho).

Em termos de missão, o Departamento visa proporcionar cuidados clínicos de excelência aos Doentes Mentais e às suas famílias, promovendo a melhoria da sua qualidade de vida e contribuindo para a minimização do impacto da doença.

2.1 ESTÁGIO I – INTERNAMENTO AGUDOS (6 SEMANAS)

O Serviço de Internamento de Agudos é composto por uma equipa multidisciplinar que engloba enfermeiros, psiquiatras, psicólogos, assistentes técnicos, assistentes operacionais, terapeutas ocupacionais e técnicos de serviço social. O internamento é direcionado para adultos maiores de 18 anos, de ambos os géneros, que se encontram em situação de descompensação de doença mental, requerendo por esse motivo tratamento imediato e supervisão contínua para garantir o seu bem-estar e promoção global da sua recuperação.

Dotado de uma infraestrutura muito completa, o serviço dispõe de 14 camas, uma sala polivalente para convívio, um jardim terapêutico, uma copa, um refeitório destinado aos utentes, gabinetes de consulta, uma área administrativa, uma sala dedicada ao trabalho da equipa de enfermagem e um gabinete destinado à gestão de enfermagem. O espaço proporciona um ambiente seguro e favorecedor das condições para a adequada recapacitação e refuncionalidade dos seus utentes. O processo de admissão e integração é conduzido pelo enfermeiro, que desempenha um papel crucial na integração da pessoa desde o momento da sua admissão até à alta.

O Estágio em Internamento proporciona ao aluno a oportunidade de participar em diversas intervenções conduzidas por profissionais de saúde com formação específica e atualizada na área de Saúde Mental e Psiquiatria, nomeadamente, junto de uma Enfermeira Orientadora Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. As atividades terapêuticas que foram desempenhadas incluíram sessões de treino metacognitivo, sessão de relaxamento, estimulação cognitiva, treino de habilidades sociais, entre outras, adaptadas às necessidades individuais de cada utente.

Para garantir uma abordagem de cuidados à pessoa mais abrangente e personalizada, realiza-se semanalmente uma reunião multidisciplinar, na qual a equipa estabelece um plano individualizado de cuidados para cada utente. Neste plano, definem-se objetivos específicos e metas a alcançar até ao pós-alta, visando, assim, assegurar a promoção da saúde mental do utente de forma mais coesa, incluindo o apoio às famílias como parte imprescindível do processo de recuperação.

A equipa de internamento, ao valorizar a continuidade dos cuidados no pós-alta, trabalha na respetiva reunião em estreita articulação com outros elementos, como colegas da Equipa Comunitária de Saúde Mental e da equipa de Cuidados Ambulatórios do HD. Também estabelece contactos com outros parceiros de cuidados na área da saúde mental, nomeadamente a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, o CRI ou outros parceiros e projetos municipais. Esta interligação, mediada sobretudo pelo assistente social, tem como intuito estabelecer soluções que garantam que a pessoa transite tranquilamente e de forma apoiada do internamento para o domicílio. A colaboração entre equipas/parceiros pretende prevenir reinternamentos e promover a autonomia e qualidade de vida das pessoas com doença mental, com foco no seu empoderamento, bem-estar e participação social, assegurando, em simultâneo, o apoio contínuo aos seus cuidadores informais.

A alta do doente é, em certos casos, realizada de forma faseada, através da integração do doente no regime de tratamento em ambulatório no HD, onde é assegurada uma prestação de cuidados em dias úteis pela equipa multidisciplinar composta por psiquiatras, psicólogos, EEESMP, terapeuta ocupacional, assistentes operacionais, técnicos administrativos e assistente social. No HD, espera-se que o utente participe ativamente nas diversas atividades promovidas pelos profissionais de saúde, principalmente pelo EEESMP e pelo terapeuta ocupacional, tanto em grupo como individualmente, com o objetivo principal de promover a sua reabilitação. Com este intuito, elabora-se um Plano de Atividades Semanal que visa a aquisição de variadas competências tais como pessoais, familiares, sociais e cognitivas. As atividades incluem diferentes tipos de intervenções e estratégias facilitadoras do processo de capacitação, nomeadamente sessões de psicoeducação, sessões de relaxamento, treino metacognitivo, conduta pessoal e social, entre outras. Geralmente são incorporados mediadores artísticos como parte integrante de programas de arteterapia, incluindo musicoterapia ou outras atividades de reabilitação psicossocial, assim como atividades promotoras da atividade física, como caminhadas e treino de mobilidade.

A transferência do doente do serviço de Internamento de Agudos para o HD possibilita muitas vezes uma alta mais precoce, mantendo simultaneamente uma estreita ligação com a equipa responsável pelo tratamento, que melhor conheceu a pessoa. Este procedimento fortalece a relação terapêutica e a adesão do doente ao seu processo de recuperação, proporcionando-lhe maior segurança e confiança. A decisão de implementar o internamento

como uma medida transitória e breve está em conformidade com o preconizado pela Lei de Saúde Mental (Lei n.º 35/2023, Artigo 4.º, alínea b), a qual estabelece que “são fundamentos da política de saúde mental a prestação de cuidados no ambiente menos restritivo possível, sendo o internamento hospitalar reservado como medida de último recurso”. Por conseguinte, sempre que seja viável e mediante a adequação aos critérios pré-estabelecidos em reunião, o doente poderá ser encaminhado para a modalidade de tratamento ambulatorio, funcionando o HD como uma unidade de transição entre o internamento de Agudos e os Cuidados Comunitários de Saúde Mental. Por outro lado, em caso de regressão do estado de saúde do doente na comunidade, este poderá ser readmitido novamente no HD para reforço das suas competências e ensinamentos adaptados às suas necessidades do momento. Esta prática permite evitar a agudização da doença mental, que poderia implicar novo reinternamento hospitalar.

2.2 ESTÁGIO FINAL – EQUIPA COMUNITÁRIA DE SAÚDE MENTAL I (20 SEMANAS)

No âmbito dos cuidados prestados ao Doente Mental em regime ambulatorio, destacam-se as Equipas Comunitárias de Saúde Mental [ECSM], que promovem a sua prestação de cuidados em locais de proximidade ao doente, visando mitigar situações de agravamento decorrentes do processo de doença mental. Esta abordagem descentralizada facilita o acesso dos utentes aos serviços de saúde mental, garantindo uma assistência mais personalizada e holística, que contempla não só as suas necessidades clínicas, mas também a avaliação dos seus contextos familiar, social e ocupacional.

A realização do Estágio Final teve lugar numa área rural⁴. Neste tipo de contextos geográficos, em que a Unidade Local de Saúde se encontra a 40 ou 60 quilómetros de distância da residência do utente, torna-se evidente a importância do cuidado comunitário de proximidade. Além disso, é importante considerar que a maioria dos doentes apresenta condições socioeconómicas desfavoráveis e enfrenta constrangimentos de acesso e mobilidade ao hospital. Para fazer face a esse desafio, o psiquiatra e EEESMP realizam consultas

⁴ A localização exata não é revelada ao longo deste estudo para garantir o anonimato dos intervenientes.

descentralizadas semanalmente no centro de saúde local mais próximo, proporcionando um acompanhamento clínico mais acessível à pessoa com DM. As ECSM também realizam visitas domiciliárias frequentes, mantendo uma prestação de cuidados de grande proximidade à pessoa.

A equipa da área geográfica com a qual trabalhamos é multidisciplinar, incluindo um EEESMP, um Psiquiatra, um Psicólogo, um Assistente Social e um Terapeuta Ocupacional. O modelo de intervenção da equipa baseia-se no modelo de Gestão de Caso, no qual é definido conjuntamente um projeto terapêutico denominado Plano Individual de Cuidados (PIC). Neste tipo de modelo de cuidados é nomeado um TR ou Gestor de Caso pertencente à equipa, que assumirá a responsabilidade de coordenar e ajustar as diferentes intervenções e focos de tomada de ação e decisão de acordo com as necessidades e evolução do doente, tendo em conta o estado de doença atual.

Esta abordagem colaborativa e participativa fomenta o envolvimento ativo da pessoa no seu processo de recuperação, assegurando que as metas e objetivos do tratamento são pragmáticos e alcançáveis. Como método de trabalho, a Gestão de Caso está em consonância com as diretrizes estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), conforme delineado no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (OE, 2018). Neste documento, é realçada a importância da tomada de decisão do enfermeiro na realização e implementação de um plano de cuidados individualizado, fundamentado em diagnósticos de enfermagem e resultados esperados, e a utilização da metodologia de Gestão de Caso na prática clínica. Além disso, estabelece que o enfermeiro deverá desempenhar funções de TR, conforme estipulado no anexo do regulamento, nas alíneas F3.5/F3.5.1/F3.5.2.

A Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, conforme indicado no seu Manual para a Implementação e Desenvolvimento de Equipas Comunitárias de Saúde Mental (Gago *et al.*, 2023), também defende esta metodologia de trabalho, atribuindo ao TR as ações descritas na Tabela 1.

Tabela 1 – Funções gerais do Terapeuta de Referência nas ECSM

Servir de interface entre a ECSM, a pessoa doente, a família, outras figuras significativas e rede social de suporte.
Centralizar a informação acerca do doente (registada no processo clínico eletrónico)
Estruturar, em conjunto com o doente e sempre que possível com a família, um plano individual de cuidados (PIC), facilmente acessível a toda a equipa no processo clínico eletrónico (Sclínico ou afim) e promover a revisão do PIC
Monitorizar o percurso e a evolução da pessoa doente, ao longo do tempo
Identificar, em cada momento, os problemas e necessidades do doente
Assegurar a continuidade do seguimento (seguimento mantido e/ou assertivo) em conjunto com a ECSM e o SLSM
Contribuir para a estruturação de um plano de prevenção de recaídas, com o doente e colaboração de outros elementos da equipa, e, se indicado, para prevenção do consumo de substâncias e do risco de suicídio ou de comportamentos autolesivos
Promover as respostas e intervenções indicadas e articular com outras estruturas e profissionais que as possam realizar, no sentido da recuperação e da integração familiar e social
Realizar intervenções psicoeducativas e familiares, treino e desenvolvimento de competências e funcionalidade em ambulatório (no âmbito do primeiro nível de diferenciação das ECSM)
Efetuar visitas domiciliárias (avaliação/intervenção domiciliar) quando indicadas e acompanhado, preferencialmente, com outro(s) elemento(s) da ECSM
Referenciar, em reunião de equipa, a pessoa doente ao(s) profissional(ais) cuja competência específica (ou própria) mais se adequa a uma intervenção que responda aos problemas e às necessidades identificadas
O TR poderá ser qualquer um dos elementos da equipa. Considera-se indispensável, para desempenhar esta função que o profissional receba formação prévia e tenha competências para o efeito

Fonte: Gago *et al.*, 2023

É relevante destacarmos que todas as atividades realizadas com as equipas com as quais colaborámos em estágio foram orientadas com base numa abordagem que priorizou a prática clínica baseada na evidência [PBE], conforme preconizado pela OE, no Regulamento das Competências Comuns do EE, especialmente no descritivo da unidade de competência D2, onde se refere que o EE “baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica, sustentando os seus processos de tomada de decisão e intervenções em conhecimento válido, atual e relevante” (OE, 2019).

A literatura atual apresenta uma variedade de estudos que confirmam que a intervenção das ECSM na população com DMG tem um impacto positivo na adesão ao tratamento e na

reintegração social dos pacientes, contribuindo para uma melhoria da qualidade de vida e uma redução do número de internamentos, além de se associar a uma diminuição de custos de saúde (Peritogiannis *et al.*, 2020; Loots *et al.*, 2021; Sriramulu *et al.*, 2022; Gago *et al.*, 2023; Ma *et al.*, 2023).

3. METODOLOGIA DE PROJETO

Após a análise da realidade dos contextos de estágio, é chegado o momento do desenho e planificação do projeto, com a integração de todos os atores envolvidos no mesmo.

Com esse intuito, neste capítulo apresentamos a finalidade, os objetivos, a estratégia e o plano de ações implementado, que seguem uma metodologia de projeto com vista à resolução dos focos problemáticos encontrados em campo de estágio. Esta foi a forma de desenvolvermos os conhecimentos adquiridos ao longo dos três semestres teóricos que antecederam a parte prática deste curso de mestrado e, assim, garantir a integração coesa de saberes e o desenvolvimento de competências técnicas.

Na formulação de um projeto na área da saúde é fundamental utilizar um processo de planeamento que viabilize e suporte a escolha de intervenções para abordar as necessidades específicas da pessoa/comunidade/grupo a quem se destina a prestação de cuidados.

É um tipo de metodologia reflexiva, sistemática e participativa, baseada e sustentada pela investigação, que visa identificar problemas e resolvê-los através de ações práticas com intencionalidade terapêutica apoiadas na PBE. A própria população destinatária do projeto é envolvida como sujeito ativo, o que contribui para conhecer e transformar a sua própria realidade.

São identificadas cinco etapas na sua constituição:

- 1) Elaboração do diagnóstico da situação;
- 2) Planificação das atividades, meios e estratégias;
- 3) Execução das atividades planeadas,
- 4) Avaliação;
- 5) Divulgação dos resultados obtidos.

(Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010)

Como introdução a este capítulo, recorreremos à reflexão de Marcel Duchamp, que afirmou: “A arte não é sobre si mesma, mas a atenção que trazemos para ela⁵”. Esta frase prenuncia a nossa imersão na arte de cuidar em enfermagem, destacando a importância do olhar atento e dedicado para com o objeto de estudo.

3.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

No primeiro estágio, desde o momento da admissão, foram expressas e tornadas evidentes as várias preocupações dos familiares e cuidadores em relação ao futuro dos seus entes queridos. Este facto destacou a necessidade de oferecer uma resposta adequada a estas pessoas, que se mostravam afetadas por este momento de vulnerabilidade resultante, por um lado, da distância que um internamento de um ente querido provoca no seio familiar e, por outro lado, pela incerteza face à futura reintegração em casa do seu familiar após a alta hospitalar.

Conforme abordado previamente, é preocupação da equipa multidisciplinar do departamento a criação de um projeto terapêutico que permita realizar uma transição faseada do internamento para o domicílio, de modo a assegurar o correto acompanhamento da pessoa. O próprio período de internamento é breve, limitando-se ao tempo estritamente necessário para a estabilização clínica do utente, o que sublinha a importância de se trabalhar o plano de alta o mais precocemente possível.

As preocupações expressas pela família relacionavam-se sobretudo com a evolução do processo de doença, a falta de conhecimentos sobre os cuidados necessários a ter com o seu familiar e a inquietação perante a quantidade de supervisão a disponibilizar ou as medidas de apoio externas que estariam disponíveis na comunidade. Com base nestas preocupações, identificámos o cerne do problema, levantando assim a questão central que orientou a elaboração do trabalho para o Estágio Final, a saber:

⁵ “Art is not about itself but the attention we bring to it.” Duchamp, (s.d.)

Qual o impacto da intervenção do EEESMP na manutenção da dinâmica relacional familiar no pós-alta hospitalar do DMG?

A formulação da questão ajudou-nos a delinear as etapas necessárias para desenvolver este trabalho de natureza qualitativa. Nele, exploramos as experiências, perspectivas e significados subjacentes às vivências específicas de uma pessoa com Esquizofrenia e da sua cuidadora. Este processo permitiu-nos obter uma compreensão mais profunda sobre o impacto de todas as interações e intervenções familiares estabelecidas.

As intervenções familiares são todas aquelas realizadas com a presença da família e do utente, podendo ser uma abordagem do tipo multifamiliar (grupos de famílias para abordagem psicoterapêutica), bimodal (dois grupos separados, um com os familiares e outro com as pessoas com doença mental) ou uma abordagem numa única família (Pinho, 2020).

No âmbito deste trabalho, optámos por acompanhar individualmente uma família, na qual se incluíram todos os membros envolvidos no processo de recuperação da pessoa.

Realizada normalmente no domicílio, a intervenção numa única família permite ao EEESMP avaliar as diferentes possibilidades e optar pela estratégia mais adequada a cada contexto particular, sendo mais individualizada e dirigida. (Gonçalves-Pereira, Xavier, & Fadden, 2006; Pinho, 2020).

A participação da família nos cuidados de saúde do doente com perturbação psicótica tem benefícios, destacando-se a prevenção de recaídas e internamentos, e uma melhor adesão à medicação. Além disso, as intervenções familiares demonstraram diminuir o sofrimento psicológico e o fardo do cuidado, promovendo melhorias no funcionamento familiar e na qualidade de vida dos familiares (Hansson *et al.*, 2022).

Relativamente à fase inicial de diagnóstico, esta ocorreu de forma precoce, uma vez que a cuidadora já demonstrava sinais de cansaço. Esta observação tornou-se evidente durante o internamento do familiar, o que nos possibilitou antecipar possíveis dificuldades, tais como o potencial agravamento do stress, exaustão e ansiedade na cuidadora, e os consequentes impactos negativos no bem-estar do sistema familiar. O contexto familiar do cliente em estudo destacou-se pela nossa preocupação, uma vez que a história de admissão que acompanhámos foi marcada por contornos complexos, na qual o doente, em agravamento do quadro clínico de esquizofrenia com episódio psicótico, agrediu a progenitora. Dada a complexidade da situação, este sistema familiar tornou-se o foco principal da nossa intervenção, uma vez que se previa a

alta do doente para o domicílio, onde residia apenas com a sua mãe e cuidadora principal. Ficou assim claro que o período do pós-alta exigiria uma atenção especial.

Diante desta realidade, torna-se agora crucial identificar as intervenções do EEESMP para a concretização de toda a intervenção familiar, fundamentada na PBE e no envolvimento ativo dos profissionais de saúde na investigação, pilares essenciais para a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados de saúde (Bosweel & Cannon, 2022).

Conforme estipulado na Base 2 da Lei de Bases da Saúde, todos os cidadãos têm direito a cuidados de saúde adequados, baseados na melhor evidência científica disponível, de forma digna e segura. Alinhado com este princípio, o SNS, pela Base 20, compromete-se a oferecer serviços de saúde de qualidade, eficazes e humanizados, fundamentados na evidência científica (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro). Assim, entende-se que a enfermagem desempenha um papel crucial neste contexto, contribuindo para a qualidade e segurança dos cuidados através da PBE (Néné & Sequeira, 2022).

É imperativo que os utentes confiem nos cuidados prestados pelos enfermeiros, percebendo-os como seguros e fundamentados em informações de saúde atualizadas. Cada enfermeiro deve cultivar uma mente inquiridora («an inquiring mind»), garantindo assim a qualidade na prestação de cuidados. (Laucella, 2019)

O impacto da investigação na prática da enfermagem baseada em evidência é enorme. Nesse sentido, os enfermeiros ocupam um lugar central no desenvolvimento e implementação da PBE, pois são eles os observadores e intervenientes privilegiados nos cuidados de saúde.

A prática clínica traz consigo uma perícia valiosa para o processo de investigação, sendo de vital importância para o desenvolvimento e expansão do conhecimento nesta área profissional. Como resultado e vantagens associadas a uma PBE adequada, os utentes que interagem com os enfermeiros demonstram maior confiança e satisfação. Para os profissionais, o processo de ajudar os doentes na sua recuperação não só proporciona satisfação pessoal e motivação laboral, como também permite contribuir para a redução dos custos associados aos cuidados de saúde a nível institucional (Bosweel & Cannon, 2022, pp. 18-25).

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde definido para a década de 2021-2030 (DGS, 2022) destaca as estratégias para alcançar objetivos de saúde sustentáveis, visando a redução das iniquidades em saúde. Este plano resulta de uma análise aprofundada da situação de saúde da população portuguesa, identificando problemas de saúde, os seus determinantes e as necessidades correspondentes, integrando as perceções dos «stakeholders». Estes últimos,

peritos que integram a Comissão de Acompanhamento, realizam uma análise prognóstica que projeta o impacto futuro dos problemas e determinantes de saúde, dando coesão à elaboração de metas e diretrizes estratégicas alinhadas com os objetivos de saúde estabelecidos para 2030.

Com base nesse trabalho, foram identificadas 12 necessidades de saúde, das quais destacamos o acesso a cuidados de saúde mental, o acesso a cuidados continuados e a qualidade da prestação de cuidados, conforme ilustrado na figura 2.

Figura 2 – Ordenação de Necessidades de Saúde Nacionais

Ordenação das 12 primeiras Necessidades de Saúde:	
que partem dos problemas de saúde	que partem dos determinantes de saúde
1º Enfarte agudo do miocárdio	1º Oferta e acessibilidade a medicamentos
2º Tumor maligno do cólon e reto	2º Financiamento da saúde
3º Acidente vascular cerebral	3º Cobertura universal
4º Tumor maligno da mama feminina	4º Acesso a cuidados na doença
5º Tumor maligno do pulmão	5º Acesso a cuidados paliativos
6º Emergências em saúde pública	6º Acesso a cuidados de saúde mental
7º Depressão	7º Acesso a cuidados continuados
8º Tumor maligno do cérebro	8º Qualidade da prestação de cuidados
9º Tumor maligno do estômago	9º Governança
10º Tumor Maligno da próstata	10º Despesa pública com serviços essenciais
11º Tumor maligno do pâncreas	11º Pobreza nas crianças
12º Outras demências	12º Excesso de peso e obesidade

Fonte: DGS, 2022

A qualidade em saúde é definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, levando em consideração os recursos disponíveis e a satisfação do utente (Saturno *et al.*, 1990, citado por DGS, 2020). Em concordância, as conclusões da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), consideram que a qualidade nos cuidados de saúde é composta por três dimensões essenciais: eficácia, segurança e centralização no cliente ou responsividade (OCDE, 2017, p. 7).

As necessidades identificadas pela DGS e pela OCDE refletem a preocupação que também orientou o presente estudo, isto é, focámo-nos na garantia de segurança da prática clínica e

adotámos uma abordagem centrada no cliente, promovendo assim uma relação mais humanizada e participativa no processo de cuidado.

Para concretizar esses princípios, adotámos o modelo «ACE Star Model of Knowledge Transformation» (Stevens, 2013), que proporcionou a estrutura para a aplicação da PBE. O modelo integrou-se de forma natural no trabalho, uma vez que os objetivos do projeto visavam integrar as competências anteriormente adquiridas em contexto académico e percurso profissional e as competências adquiridas em estágio, abrangendo a evidência científica mais atual. Essa aquisição foi essencial para que de forma coerente proporcionássemos a promoção do bem-estar na dinâmica relacional familiar e obtenção de ganhos em saúde.

O «Star Model of Knowledge Transformation» fornece um meio para compreender “o ciclo, natureza e características do conhecimento usados em vários aspetos da PBE⁶” (Brunt & Morris, 2023), consistindo numa representação simples e parcimoniosa das relações entre várias fases da transformação do conhecimento, à medida que conhecimentos recentemente descobertos são implementados na prática. Configurado como uma simples estrela de cinco pontas, o modelo preconiza cinco fases de transformação do conhecimento: a descoberta do conhecimento, o resumo da evidência, a tradução em recomendações para a prática, a integração na prática e a avaliação do processo e dos resultados, conforme ilustrado na Figura 3.

⁶ “The ACE Star model is used to understand the cycle, nature, and characteristics of knowledge used in various aspects of EBP.” (Brunt, & Morris, 2023).

Figura 3 – ACE Star Model Of Knowledge Transformation e representação das relações entre várias etapas de transformação do conhecimento



Fonte: Stevens, 2015

Passamos seguidamente à descrição das diferentes etapas do ciclo que delineámos para a intervenção familiar levada a cabo.

3.2 FASE DE DESCOBERTA DO CONHECIMENTO

A fase inicial de produção de conhecimento é viabilizada por meio de metodologias de investigação científica. Os resultados da pesquisa são delineados através da realização de um estudo primário, também conhecido como estudo de pesquisa primária. Os desenhos de pesquisa podem variar entre quantitativos, qualitativos ou correlacionais (Stevens, 2013).

No âmbito do presente projeto, propusemos a realização de um estudo qualitativo, sob a forma de estudo de caso, pois consideramos este método como o mais adequado para permitir uma compreensão aprofundada da família com a qual interagimos de forma muito próxima ao longo de sete meses. A estratégia de pesquisa inicial foi restringida a bases de dados científicas, nomeadamente plataformas com estudos na área da saúde (como Pubmed, CINAHL, SciELO, Research Gate, Google Scholar) e sites institucionais, tais como Organização Mundial de Saúde

[OMS], Ordem dos Enfermeiros [OE], Direção Geral de Saúde[DGS], e Diário da República. Em segundo lugar, o escopo da pesquisa foi orientado para aspetos específicos da temática em questão, ajustando-se a cada fase do desenvolvimento do trabalho. Para tal, seguimos o princípio de foco de pesquisa em publicações de caráter relevante, pesquisando os termos-chave nos resumos ou a relevância da temática exposta nos objetivos de estudo.

Para encontrar informações pertinentes é necessário integrar experiência, técnica, habilidade e imaginação com a capacidade de elaborar um procedimento que defina claramente os objetivos pretendidos (Feufel & Stahl, 2012, citados por Néné & Sequeira, 2022, pp. 115-116). Foram considerados estudos em inglês e português, dando-se preferência a trabalhos publicados nos últimos cinco anos. No entanto, exceções foram feitas para incluir trabalhos mais antigos que se destacam pela originalidade, como é o caso de modelos conceptuais, ou por abordarem conceitos que permanecem inalterados e que continuam a ser referências para a comunidade científica (Néné & Sequeira, 2022, p. 113).

3.3 RESUMO DA EVIDÊNCIA

Este campo é referido como «a ciência da síntese da pesquisa». Nesta fase, pretende-se avaliar a credibilidade e aplicabilidade de cada fonte de evidência. A análise permite decidir se uma fonte é aceitável para a síntese, considerando a sua validade e adequação para responder à questão em análise. Os resumos da evidência devem combinar descobertas de vários estudos, identificar os seus enviesamentos e limitar efeitos aleatórios nas conclusões. Os seguintes termos são utilizados para referir as várias possibilidades de resumo de evidência: síntese de evidência, revisão sistemática, meta-análise, revisão integrativa, revisão bibliográfica e revisão do estado da arte (Stevens, 2013).

Para este trabalho, optámos por realizar uma revisão bibliográfica utilizando a checklist CASP [«Critical Appraisal Skills Programme»], conforme indicado no Anexo I, como procedimento para a leitura dos artigos selecionados. A leitura bibliográfica por meio deste método facilitou o processo de análise da qualidade da evidência documental, assegurando a inclusão de artigos mais robustos e relevantes no presente relatório. Com base nas respostas à «checklist» CASP, considerámos ter sido possível realizar uma avaliação crítica dos artigos

selecionados, identificando os seus pontos fortes e orientando o espectro de pesquisa pretendido. (Long, *et al.*, 2020)

3.4 TRADUÇÃO EM RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA

Na etapa Tradução em recomendações para a prática pretende-se a transposição da revisão bibliográfica para a prática. O processo envolve duas etapas essenciais: a interpretação da evidência para orientações práticas e a sua integração na prática clínica. O objetivo é proporcionar um conjunto útil e relevante de evidências tanto para os profissionais de saúde como para os clientes, numa forma que seja adequada ao tempo, custo e padrão de cuidados previstos, criando assim condições que apoiem decisões clínicas informadas para profissionais, clientes e organizações. Orientações mais sólidas seguem um processo sistemático, explícito e passível de reprodução (Stevens, 2013).

No âmbito deste trabalho, após a revisão bibliográfica, delineámos o planeamento das atividades, ancorando-as numa avaliação diagnóstica das necessidades realizada ao longo dos dois estágios. Essa avaliação foi possível através da relação terapêutica de ajuda estabelecida com a família selecionada como alvo de cuidados, tendo em conta as necessidades que evidenciaram em cada momento.

Deste modo, identificámos um diagnóstico «main issue» - o processo familiar comprometido – a partir do qual emergiram outros focos problemáticos carentes da intervenção do EEESMP para a recuperação bem-sucedida deste diagnóstico central do sistema. Assim, foram considerados como derivados do «main issue» os seguintes focos: aceitação do estado de saúde comprometido, pensamento comprometido, risco de não adesão ao regime terapêutico, baixo autocontrolo, comportamento interativo comprometido, comportamento agressivo presente, alucinação auditiva presente, comportamento aditivo presente (abuso de álcool e tabaco), capacidade para socializar prejudicada, papel de prestador de cuidados comprometido, ansiedade presente e comunicação familiar comprometida.

A atenta análise e levantamento dos juízos clínicos considerados permitiram conceber uma intervenção centrada no cliente/sistema familiar, afirmando o papel ativo e a responsabilidade

do cliente no seu processo de recuperação, reconhecendo a importância da sua participação no processo de cuidado de saúde, incentivando a autogestão, o autocuidado e a tomada de decisões informadas sobre cada etapa do projeto terapêutico.

Toda a análise efetuada viabilizou a realização de um estudo de caso, que permitiu refletir todo o processo de evolução da evidência para a prática (ver Apêndice I).

3.5 INTEGRAÇÃO NA PRÁTICA – A CONCRETIZAÇÃO

A fase de integração na prática envolve a implementação do conhecimento em procedimentos baseados em conteúdos identificados como eficazes. Esta etapa promove a alteração de práticas tanto a nível individual como organizacional, analisando os fatores que afetam a sua inclusão. Assim, assenta numa ação que impulsiona a integração de novos cuidados na rotina diária de trabalho, permitindo mudanças, influenciando uma transformação no modo como os profissionais de saúde conduzem os seus procedimentos e no modo como se desenvolvem políticas dentro das instituições de saúde para implementar as novas práticas (Stevens, 2013).

No entanto, cabe ressaltar que a integração e tomada de ação por vezes não ocorrem de forma pacífica. Tal como enaltecido em OE (2012):

“Raramente as mudanças são fáceis de implementar dado que implicam alterar a forma como as pessoas e o sistema agem. A mudança é frequentemente confusa, demorada e poderá ter consequências imprevisíveis. Mas, ao mesmo tempo, poderá ser estimulante e motivadora. Perceber e planear o modo de tornar a evidência em prática, ou seja, acionar o conhecimento, é importante.” (OE, 2012, p. 22)

Além disso, é necessário considerar a sustentabilidade dessas mudanças ao longo do tempo. Não basta apenas implementar uma nova prática, é essencial integrá-la de forma a tornar-se parte natural do sistema de saúde e que continue a ser utilizada de maneira

consistente e eficaz no futuro, o que pode requerer a introdução de incentivos, políticas de acompanhamento e avaliação contínua do processo que garantam que a mudança seja duradoura e benéfica tanto para clientes como para profissionais de saúde (Stevens, 2013).

A compreensão de como as ideias/inoações são assimiladas e disseminadas pode ser designada por mobilização de conhecimentos ou transferência de conhecimento (OE, 2012).

Por fim, e de modo a fazermos um paralelismo com o projeto interventivo a que nos propusemos, reconhecemos a pesquisa qualitativa como a base para alicerçar a componente prática deste trabalho. Este tipo de desenho de estudo permitiu proporcionar uma compreensão mais ampla das várias nuances e da complexidade dos laços relacionais da família com a qual intervimos.

“A investigação qualitativa supõe uma dinâmica interativa, reflexiva, sujeita às regras do jogo de campo e ao objeto de estudo, que dificilmente segue um plano pré-estabelecido de sentido específico. Daí a sua riqueza e simultaneamente a sua complexidade, uma vez que assumimos que existem muitas construções e interpretações possíveis do fenómeno que estudamos, o qual é variável dependendo do tempo e do contexto onde trabalhamos.” (Néné & Sequeira, 2022, pp. 92-93).

“A principal característica da investigação qualitativa é o facto de que segue um modelo de investigação flexível, no qual os conceitos e as categorias emergem a partir dos dados, ao contrário do que acontece no modelo dedutivo, em que os dados são recolhidos para avaliar modelos, hipóteses ou teorias pré-concebidas.” (Néné & Sequeira, 2022, p. 73).

Na Figura 4 ilustramos o «workflow» que pretende representar as várias etapas de intervenção, seguindo uma linha temporal estabelecida desde o início do primeiro estágio até ao estágio final. É também possível consultar o cronograma de atividades detalhado no Apêndice II.

Figura 4 – Esquema ilustrativo da progressão de atividades delineadas ao longo do percurso prático académico



Quanto aos métodos utilizámos a entrevista motivacional (EM), a aplicação do Questionário de Problemas Familiares (FQP) e o Questionário de Avaliação de Necessidades de Camberwell (CAN R2.0, 1996), juntamente com os registos em diário de campo.

O FQP, validado para a população portuguesa por Xavier *et al.* (2002), visa compreender o impacto da DMG na família, avaliando a sobrecarga objetiva e subjetiva, bem como a expressão emocional e, secundariamente, a eficácia das intervenções familiares. Este questionário é composto por 29 itens de autopreenchimento, abrangendo várias áreas relacionadas com o impacto da doença mental na família, incluindo o ónus financeiro associado. Os resultados são apresentados numa escala Likert de 1 a 4 e avaliam dimensões como sobrecarga objetiva, sobrecarga subjetiva, apoio recebido de profissionais, atitudes positivas e criticismo. Além disso, possui três secções adicionais dirigidas aos membros familiares menores de 12 anos, caso façam parte do agregado familiar, e específicas para os encargos financeiros associados ao custo da

doença. Embora este instrumento não tenha sido formalmente validado devido à insuficiência de uma amostra representativa, a avaliação das suas propriedades psicométricas revelou resultados de boa qualidade, semelhantes aos encontrados pelos autores na versão original. Por este motivo, decidimos selecioná-lo para a família em estudo, sem qualquer intenção de realizar inferência estatística, mas sim com o propósito de aprofundar a compreensão das dimensões mais relevantes da sobrecarga e, assim, orientarmos as intervenções de forma mais eficaz. A devida autorização para a sua utilização foi obtida junto dos autores, conforme documento anexo ao estudo de caso (Apêndice A), seguido dos resultados pela aplicação do mesmo.

No que respeita ao Questionário de Avaliação de Necessidades de Camberwell, (CAN - versão R2.0, 1996), foi escolhido por ser o instrumento habitualmente utilizado pela equipa que acompanhava o doente em estudo. Deste modo, incluímos a sua realização de forma natural no seguimento da EM concretizada, podendo ser consultado no Anexo A.

A CAN tem como objetivos avaliar as necessidades das pessoas com problemas de saúde mental, tendo especial interesse de aplicação na pessoa com doença mental com evolução prolongada. Destina-se a identificar necessidades em áreas como funcionamento social, psicopatologia e satisfação com os serviços de saúde, visando melhorar essas áreas e medir ganhos em saúde. O inquérito é preenchido separadamente tanto pelo doente como pelo profissional de saúde que presta cuidados. Com 22 áreas de avaliação de necessidades, (ver tabela 2), os resultados são obtidos através de uma escala Likert, que permite classificar as necessidades em diferentes níveis.

Tabela 2 – Dimensões Avaliadas no Questionário CAN

ALOJAMENTO
ALIMENTAÇÃO
TAREFAS DOMÉSTICAS BÁSICAS
AUTOCUIDADO
ACTIVIDADES DIÁRIAS
SAÚDE FÍSICA
SINTOMAS PSICÓTICOS
INFORMAÇÃO SOBRE A DOENÇA E TRATAMENTO
SOFRIMENTO PSICOLÓGICO
RISCO DE DANOS PARA O PRÓPRIO
RISCO DE DANOS PARA OS OUTROS
ÁLCOOL
DROGAS
CONTACTOS SOCIAIS
RELAÇÕES ÍNTIMAS
RELACIONAMENTO SEXUAL
CUIDAR DOS FILHOS
EDUCAÇÃO BÁSICA
UTILIZAÇÃO DO TELEFONE
UTILIZAÇÃO DE TRANSPORTES
DINHEIRO
SUBSÍDIOS / BENEFÍCIOS SOCIAIS

Fonte: Gago, Caldas de Almeida e Xavier (1996)

A avaliação das necessidades em saúde é uma componente crucial do planeamento e prestação de cuidados. No entanto, o conceito de «necessidades em saúde» ainda não é amplamente compreendido e utilizado de forma consistente. A falta de consenso reflete-se numa variedade de interpretações, que vão desde a simples acessibilidade aos serviços de saúde até à noção mais abrangente de bem-estar (Carnut & Ferraz, 2021).

O termo «necessidades não satisfeitas» descreve a situação em que um indivíduo não recebe total ou recebe parcialmente um serviço considerado como necessário para resolver o seu problema de saúde devido a diversas barreiras de acesso, como custos, distância, tempo de espera, atitudes ou circunstâncias pessoais, tais como responsabilidades familiares ou profissionais, medo ou aversão a tratamentos médicos, preferência por não procurar cuidados imediatamente e falta de literacia em saúde (Pappa *et al.*, 2013; Cavalieri, 2013, citado por Martins, 2017)

A literatura documenta estudos que recorrem à CAN para avaliar as necessidades de pessoas com Esquizofrenia, revelando um elevado nível de necessidades não satisfeitas em várias áreas (Kharb, Lamba, & Kumar, 2021; Dangroo, Sahu, & Arun, 2020; McCrone *et al.*, 2001).

O questionário, parcialmente validado para a população portuguesa por Gago *et al.* (1996), demonstrou ter propriedades psicométricas favoráveis. A sua fácil aplicação permite que esta ferramenta seja amplamente utilizada na prática diária de equipas de saúde mental, sendo o instrumento usado também pelo departamento de Saúde Mental com o qual colaborámos. Uma vantagem significativa é a sua capacidade de refletir tanto as necessidades do doente como as do profissional, facilitando um melhor planeamento do projeto terapêutico a instituir e direcionando melhor as ações do TR. As informações obtidas através da CAN foram discutidas de forma sensível com o doente, família e restante equipa multidisciplinar na formulação do seu PIC, possibilitando assim a elaboração de um plano de recuperação mais abrangente e personalizado.

No que concerne à obtenção da informação, é imprescindível realçar que todo o processo respeitou as normas éticas da instituição de ensino e da Unidade Local de Saúde onde se realizou o estágio, bem como aquelas previstas pela deontologia da profissão. A autorização para a realização deste estudo foi obtida através de consentimentos informados (Apêndice B) e do parecer favorável da Comissão de Ética do Departamento de Saúde Mental (Anexo B), anexos ao respetivo Estudo de Caso.

Destacamos que a obtenção de todos os dados necessários para a realização deste trabalho foi viabilizada através do estabelecimento inicial de um processo de escuta ativa e relação de ajuda estabelecido com a família, mantido ao longo de todas as etapas do contacto com os intervenientes. Como salientado por Chalifour (2007):

“A primeira tarefa a assumir numa relação de ajuda profissional é estabelecer contacto com o cliente e assegurar a qualidade desse contacto ao longo das trocas. É sobre o contacto que se fundam todas as outras intervenções de carácter psicoterapêutico; dito de outro modo, se o contacto não for satisfatório, as outras intervenções correm o risco de não ter qualquer efeito” (Chalifour, 2007, p. 130).

As atividades planeadas para atuar perante os diagnósticos identificados foram previamente delineadas e devidamente explanadas a cada membro do agregado familiar em

análise, estabelecendo assim uma atuação fundamentada no respeito pela dignidade humana, um direito fundamental consagrado na Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948) e no Artigo 1.º da Constituição da República Portuguesa (Lei Constitucional n.º 1/2005, de 12 de agosto).

Os diferentes focos problemáticos de saúde foram elencados após a realização de sessões de EM que permitiram uma análise de conteúdo para exploração mais minuciosa dos desafios enfrentados pela família em estudo e para ajuste das intervenções a serem promovidas pelo EEESMP.

O questionário FQP revelou que a inatividade do paciente estava a sobrecarregar e a gerar desconforto na sua cuidadora, que observava, frequentemente, o filho em casa sem objetivos claros. Por outro lado, através do questionário CAN, foi possível identificar que a promoção da autonomia do doente seria a intervenção mais urgente a adotar como meta inicial de atuação, por prejudicar de forma global o sistema familiar.

A EM emerge como uma abordagem clínica e comunicacional complexa, adquirida pelos profissionais de saúde ao longo da sua prática profissional. Destaca-se por uma comunicação colaborativa e centrada no indivíduo, com o propósito primordial de estimular a motivação intrínseca para a mudança.

Na base da EM está o respeito pela autonomia do indivíduo, reconhecendo que as escolhas comportamentais são feitas pelo próprio e não podem ser impostas por outros. Uma EM eficaz adapta-se às circunstâncias do cliente, permitindo flexibilidade ao longo do processo e respeitando os eventuais retrocessos de atitude da pessoa no seu caminho para a mudança.

Trata-se de um processo intencionalmente orientado para atingir objetivos de saúde, onde o profissional realiza escuta ativa, questiona, solicita e responde de forma planeada, criando condições para o desenvolvimento de um discurso de mudança. O entrevistador reforça a motivação intrínseca do outro, destacando razões, benefícios e explorando as suas metas pessoais (Miller & Rollnick, 2012). Quando surgem defesas ou resistências internas à mudança, o terapeuta trabalha de modo a reduzir essas barreiras, auxiliando o cliente a explorar as suas ambivalências (Miller & Rollnick, 2009).

Na EM a facilitação do discurso de mudança segue um processo estruturado em etapas. Sequeira e Sampaio (2020) destacam a abordagem motivacional proposta por Prochaska, DiClemente e Norcross (1992), que define seis estádios motivacionais distintos: Pré-Contemplação, Contemplação, Preparação, Ação, Manutenção e Recaída, tendo sido esta

abordagem a implementada nas entrevistas clínicas realizadas ao doente com Esquizofrenia e à sua cuidadora. Por essa razão, detalhámos os seus diferentes estádios no Anexo II.

A relação de ajuda sensível foi construída através do estabelecimento gradual de empatia e confiança. Definimos como metas a atingir a promoção da autonomia do doente e o fortalecimento da dinâmica familiar. Ao longo do processo, foram sendo transmitidas informações pertinentes, preparando tanto o doente como a cuidadora para uma intencionalidade de mudança, capacitando-os para enfrentar os focos problemáticos levantados no contexto familiar, conforme exposto no Estudo de Caso (Apêndice I).

Uma técnica considerada importante por Miller e Rollnick (2012: 219-221) e que destacamos na aplicação da EM é a concretização do discurso de mudança. O discurso de mudança consiste na manifestação de afirmações que revelam consideração, motivação ou compromisso para a mudança por parte do cliente. Para Miller e Rollnick (2012), a EM sustenta que quanto mais os clientes falam sobre mudança, mais propensos estarão para mudar. A mnemónica DARN-CAT, que se apresenta na Figura 5, foi utilizada pelos autores para descrever os diferentes tipos de discurso de mudança.

Figura 5 – Diferentes discursos de mudança



Fonte: Messina, (s/d)

De acordo com a figura 5, a mnemónica DARN-CAT descreve os procedimentos de mudança **D**(esire)/Desejo - «eu quero mudar», **A**(bility)/Capacidade - «eu posso mudar», **R**(eason)/Razão - «é importante para mim mudar» e **N**(eed)/ Necessidade - «eu devo mudar».

Quando os clientes adequam o seu comportamento aos procedimentos DARN, conseguem implementar o discurso de mudança, manifestando uma atitude de **C**(ommitment)/ Compromisso - «eu vou fazer mudanças», **A**(ctivation)/Ativação - «estou pronto, preparado e disposto a mudar» e **T**(aking steps)/Tomada de ação - «eu concretizo ações específicas para mudar» (Miller & Rollnick, 2012; Resnicow, Gobat, & Naar, 2015)

Alguns sinais de prontidão para a mudança por parte da pessoa manifestam-se por uma diminuição da sua resistência, pelo aumento da sua resolução para fazer mudanças e pela manifestação de afirmações automotivacionais que indicam o reconhecimento do problema, a preocupação e a disposição para tomar uma atitude (Miller & Rollnick, 2012, pp. 220-221).

Outro termo que relevamos é o «discurso de manutenção», que se refere às razões declaradas pela pessoa para não fazer uma mudança ou para se manter no seu estado (Miller & Rollnick, 2012, p. 219). De acordo com Miller e Rollnick (2012: 220), os entrevistadores são aconselhados a não promover um discurso de manutenção, pelo contrário, o objetivo na EM é criar condições para que se apresente um gradual discurso de mudança e uso menor do discurso de manutenção.

O discurso de manutenção é considerado a etapa mais desafiante no decorrer da EM. No caso do presente estudo, ele foi especialmente revelado pela mãe do doente, que mostrou em diversas ocasiões resistências e barreiras internas para a sugestão da implementação do projeto terapêutico proposto. A análise de conteúdo do discurso da cuidadora principal revelou afirmações que sugeriam uma escassa motivação para a preservação do bem-estar familiar, bem como o uso de palavras que minimizavam a relevância das nossas intervenções para a melhoria da sua literacia em relação ao processo de doença do filho, proferindo frases como «isso não serve de nada» ou «é muito difícil». Perante este discurso de manutenção, foram revistas as estratégias comunicacionais da entrevistadora e definidas intervenções alternativas às inicialmente planeadas.

Por sua vez, o filho começou gradualmente a manifestar motivação para a mudança, demonstrando acreditar e apreciar o projeto sugerido pela equipa no seu PIC.

Embora desafiadoras, consideramos as EM realizadas (duas sessões com o doente e três sessões com a sua principal cuidadora) uma oportunidade de aprendizagem ao longo de todo o

processo. Deste modo, e após a compilação dos dados obtidos, foi possível, na segunda metade do estágio junto da família, intervir no foco que, em todas as entrevistas, se mostrou necessário alterar, nomeadamente o estado ocupacional diminuto do doente. Assim, traçámos, conjuntamente com o doente, um plano semanal adaptado aos seus interesses, capacidades cognitivas e instrumentais que potenciasse a sua motivação e a melhoria do seu estado de saúde mental, conforme se pode consultar no Apêndice C do EC.

A primeira intervenção foi orientada para a busca de uma atividade voluntária, tendo como critério a proximidade à sua residência, uma vez que o único meio de transporte disponível era a bicicleta. Tendo em conta o gosto manifestado pelo setor agrícola e atividades ao ar livre, foram feitos contactos com uma empresa local, situada a 7 km da sua habitação, que se dedica à criação biológica de ovos de galinha. Assim, após uma reunião na empresa onde se propôs a integração da pessoa e em que foi salvaguardado o seu anonimato, o pedido foi negado, alegando o responsável que «não seria o tipo uma pessoa assim que estariam à procura» (*sic*), o que manifesta a possibilidade de existência de algum estigma associado à doença mental.

Quanto aos parceiros municipais, apenas foi possível manter uma atividade de 2 horas por semana de elaboração de peças em estanho, ao abrigo do programa de atividades promovido pela junta de freguesia local. As restantes opções não foram do agrado do utente, que alegou tratar-se de atividades essencialmente femininas e frequentadas apenas por senhoras.

Na tentativa de ultrapassar tais constrangimentos, foram propostas ao utente outras atividades, com recurso a mediadores artísticos, que o estimulassem e estivessem alinhadas com os seus interesses. A “técnica de mediação artístico-expressiva implica o uso intencional de mediadores artístico-expressivos (expressão plástica, expressão corporal, expressão vocal, musical, expressão dramática ou escrita) com finalidade terapêutica” (OE, 2023: 80).

O mediador artístico-expressivo é definido como a ação, atividade, instrumento ou proposta que permite a expressão livre do participante (Ferraz, 2009, citado por OE, 2023, p.80), sendo utilizado para promover a comunicação, fortalecer a relação terapêutica e facilitar a expressão de emoções (OE, 2023, p.80). Ainda de acordo com o mesmo guia orientador, o EEESMP, não sendo arte-terapeuta, recorre a técnicas e recursos validados por diversas disciplinas e contextualiza-as no âmbito da intervenção especializada em enfermagem, de acordo com o seu referencial próprio (OE, 2023).

O uso de mediadores artísticos desempenha um papel significativo na saúde mental, proporcionando benefícios para o DMG, por isso é frequente os profissionais de saúde integrarem mediadores artísticos nas suas intervenções terapêuticas. No âmbito da psiquiatria, a utilização da arte como intervenção terapêutica potencia o crescimento pessoal dos doentes permitindo-lhes criar arte e assim encontrar significado através dela, auxiliando o doente mental a aumentar a consciência de si próprio e a gerir sintomas de ansiedade ou traumas. Além disso, a prática artística pode melhorar a capacidade cognitiva e proporcionar prazer aos indivíduos (Ibrahim & Samiaji 2021; Mathias *et al.*, 2021).

A pintura, em particular, é uma forma de expressão artística que pode ter diversos efeitos positivos no contexto psiquiátrico. Em primeiro lugar, oferece uma via para a expressão emocional e para a comunicação não verbal, o que se considera especialmente útil para aqueles que enfrentam dificuldades comunicacionais (Mitchell & Meehan, 2022).

Também Teglbjaerg (2011) considera a pintura como uma ferramenta eficaz para promover a autoestima e a autoexpressão. Segundo a autora, ao criar algo tangível e visualmente apelativo, o doente pode sentir um senso de realização e orgulho pelo seu trabalho, contribuindo para fortalecer a sua autoimagem. O envolvimento no processo criativo permite que a pessoa consiga dissipar preocupações, o que é especialmente relevante no caso de doentes com Esquizofrenia no processo da sua recuperação.

Assim, selecionou-se a pintura como atividade já que, tal como o desenho, a colagem e a modelagem, é amplamente utilizada na arte-terapia (Klein, 2009: 23) por possibilitar que os indivíduos possam distanciar-se do que lhes causa esse desconforto, tomando consciência das suas capacidades e assim trabalhá-las. O discurso pobre e lacónico do cliente também indicava a necessidade de se trabalhar outras formas de expressão que não a verbal. Salientamos que a autora deste projeto por também ter a arte bruta como ocupação habitual, a escolha deste mediador artístico foi motivador quer para o utente quer para a profissional.

Importa salientar que inicialmente a ideia de pintar foi recebida com alguma relutância pelo doente, com o cliente a expressar «não tenho jeito nenhum para pintar». No entanto, foi proposta uma abordagem inicial à pintura que incorporasse uma técnica mais simples, com inspiração abstrata geométrica, com o objetivo não só de estimular a motivação do indivíduo, como também de avaliar a sua capacidade de retenção de memória para a aprendizagem desta forma de expressão. Após um envolvimento de três semanas, o sucesso desta estratégia tornou-se evidente, com o cliente a demonstrar um significativo envolvimento, sendo relevante

mencionar que se tratou de uma técnica com custos mínimos associados. A seguir, apresenta-se a imagem da primeira tela realizada pelo cliente.

Figura 6 – Pintura acrílica realizada pelo utente do estudo de caso



Fonte: Fotografia cedida pela Enfermeira Orientadora do Estágio Final, Fevereiro 2024

Embora não tenha sido possível avaliar a continuidade desta atividade, uma vez que o estágio terminou, também se sugeriu ao paciente que integrasse a fotografia na sua planificação de atividades. Assim, durante os seus passeios de bicicleta, poderia parar num local aprazível e fotografar uma flor ou uma árvore que considerasse interessante reproduzir numa tela.

Outra intervenção realizada foi a promoção da atividade física, uma vez que a terapia farmacológica prescrita ao doente (antipsicótico oral de 2.ª Geração) apresentava como efeitos adversos o ganho de peso. Nesse sentido, estabeleceu-se a inclusão de caminhadas e passeios de bicicleta regulares no seu plano semanal.

Relativamente ao hábito do doente de se deitar muito cedo, por volta das 18h, incentivou-se também a correção desse padrão, dedicando um momento para assistir a um filme ao final do dia, adiando assim a hora de se deitar. Foi-lhe proposto que, após a visualização, refletisse por escrito sobre o conteúdo consumido, o que seria posteriormente analisado em conjunto com o TR. Contudo, até ao final do estágio, o doente não iniciou esta atividade.

Cabe aqui salientar que, antes de qualquer tipo de intervenção, o doente era reavaliado quanto ao seu estado mental, garantindo ausência de alterações sensório-perceptivas, ausência de alterações do pensamento e verbalização da manutenção da adesão ao regime terapêutico.

Considerando agora o contexto familiar, onde a mãe do doente demonstrou sobrecarga, incluiu-se também no plano semanal a realização de tarefas domésticas mais pesadas em conjunto com a cuidadora, como o transporte de lenha e de sacos de compras com bens essenciais.

A cuidadora principal apresentava níveis elevados de sobrecarga, tanto a nível subjetivo quanto objetivo, refletidos no questionário FQP (Anexo A do EC). Nesse sentido, revelou-se crucial fomentar a esperança e incrementar a literacia em saúde da senhora, especialmente no que respeitava ao processo de doença mental do seu filho, de modo a melhorar o seu papel enquanto cuidadora. Além disso, realizámos uma sessão de reflexologia nas suas mãos, proporcionando-lhe um momento de relaxamento, promotor da sensação de bem-estar e que lhe permitiu afastar-se das preocupações relacionadas com os cuidados ao seu filho. (Apêndice C). É relevante sublinhar que esta atividade foi prontamente acolhida pela cuidadora e obteve a classificação «Muito satisfeita» aquando da resposta ao questionário de satisfação (Apêndice III).

Em síntese, destacamos a importância da abordagem centrada na subjetividade de cada membro deste sistema familiar, como parte integrante de um percurso diversificado de intervenções com vista à recuperação global e ao tratamento eficaz da doença mental grave. A integração de atividades ocupacionais e físicas, aliada à capacitação do membro familiar cuidador e à promoção da coesão familiar, pode contribuir significativamente para o bem-estar e a qualidade de vida tanto do doente quanto da sua cuidadora, conforme se reflete nas considerações finais subjacentes ao Estudo de Caso. (Apêndice I)

4. AVALIAÇÃO DO PROCESSO E RESULTADOS

A última etapa do modelo adotado para a PBE visa proporcionar uma compreensão abrangente do impacto que esta abordagem tem nos resultados de saúde do cliente, bem como na sua satisfação e na eficácia do cuidado (Pape, 2003).

Assim sendo, podemos concluir que a prática clínica do EEESMP revelou-se como um impulsionador para a melhoria da saúde mental de todos os intervenientes do sistema familiar. À cuidadora foi possível aliviar a sua sobrecarga e promover o seu conhecimento, deste modo garantindo a continuidade dos cuidados. No que diz respeito ao doente, observou-se um gradual aumento de confiança nos serviços de saúde e na equipa médica, adquirindo competências para gerir autonomamente o seu regime medicamentoso, além de uma maior literacia em saúde e aceitação da sua doença. A avolia e anedonia, inerentes ao diagnóstico de Esquizofrenia, melhoraram significativamente, diminuindo o seu impacto na qualidade de vida do doente. No término do estágio, estes sintomas não interferiam nas atividades diárias, mantendo-se um desempenho bem-sucedido, também com melhorias na capacidade comunicativa, com adoção de um discurso mais fluído e organizado, uma expressão facial afável e uma atitude calma. O humor mantinha-se eutímico, com maior capacidade de manter a atenção, sem alterações sensorio-percetivas ou do pensamento e sem referir alterações na vida instintiva.

Todas as transformações e melhorias que salientamos, aliadas à construção de uma relação de ajuda que se foi tornando progressivamente mais sólida e combinadas com diferentes abordagens de intervenção numa prestação de cuidados ambulatoria e integrada na comunidade específica e ambiente domiciliário da pessoa, contribuíram para a recuperação do doente esquizofrénico, promovendo a sua participação ativa e responsável no processo.

Em síntese, consideramos que a intervenção familiar foi bem-sucedida, como foi possível evidenciar através dos questionários de satisfação submetidos tanto à cuidadora como ao doente alvo de cuidados, conforme se demonstra no Apêndice III.

PARTE II – ANÁLISE DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

O enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados especializados de enfermagem, conforme estipulado no preâmbulo do Regulamento das Competências Comuns do EE (OE, 2019)

Conforme destacado por Neuman e Fawcett (2011, p. 7), quanto mais complexo se torna um sistema de enfermagem, mais difícil é manter o «status quo» e maior é a necessidade de uma estrutura organizacional coesa que consiga manter a estabilidade durante o processo de mudança. Quando os limites dos papéis e funções da enfermagem se expandem, o enfermeiro ganha liberdade para se afirmar, mas, simultânea e paradoxalmente, reconhece a necessidade de uma base organizacional sólida.

Em Portugal, a OE desempenha um papel fundamental na regulação da profissão de enfermagem, assegurando a qualidade dos cuidados de saúde fornecidos pelos profissionais. De acordo com a última Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei n.º 8/2024, de 19 de janeiro), a OE é responsável por representar e defender os interesses gerais da profissão, bem como regular o acesso à mesma, reconhecendo qualificações profissionais e supervisionando o exercício da profissão em questões disciplinares e deontológicas.

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), aplicado pelo DL n.º 161/96, de 4 de setembro, complementa a legislação existente, estabelecendo os princípios gerais para o exercício da enfermagem. Aí, é regulado o acesso à profissão, são definidas as intervenções, estabelecidas as regras para a delegação de tarefas e delineados os direitos, deveres e incompatibilidades dos profissionais de enfermagem, com o objetivo de garantir a qualidade e eficácia dos cuidados de saúde prestados por esta classe.

Destaca-se que uma educação de qualidade é fundamental para a formação de profissionais de saúde competentes, capazes de fornecer cuidados seguros e eficazes (OMS,

2016). Neste contexto, este capítulo destina-se à análise da aquisição de várias competências, incluindo as de Enfermeiro Especialista, as específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica e as de Mestre em Enfermagem nesta área de especialização.

5.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Durante os estágios, especialmente o primeiro, deparamo-nos com um desafio significativo: o de ultrapassar ambivalências emocionais, onde se destacou a insegurança. Esse sentimento, que ia além do receio de não cumprir os objetivos propostos, estava sobretudo relacionada com o medo de não correspondermos às necessidades do doente, que é aquele que verdadeiramente necessita de todo o nosso cuidado enquanto enfermeiros. Por isso, a escolha de uma teoria que enfatizava a importância da resolução das primeiras inseguranças humanas não foi mera coincidência.

Frequentemente, as relações primárias refletem uma ambivalência intrínseca. Como abordado no primeiro capítulo deste relatório, a teoria do vínculo de Bowlby salienta que essa ambivalência é natural e própria do desenvolvimento humano, especialmente nas interações com pessoas emocionalmente próximas. É através da nutrição de uma segurança emocional fornecida por vínculos confiáveis e consistentes que essa ambivalência pode ser superada. Por outro lado, em face a vínculos frágeis, o risco de reatividade emocional aumenta consideravelmente (Bowlby, 1973, pp. 180-190).

Durante o estágio final, testemunhámos uma díade mãe/filho permeada por tensões, onde o estilo de vinculação se revelou ambivalente. O laço materno oscilava entre demonstrações de preocupação e comportamentos inconsistentes na promoção da saúde do filho. Ora indicava falta de afeto e negligência emocional por parte do filho, ora adotava um discurso depreciativo, crítico e repreensivo em relação a ele.

A limitação do espaço habitacional, com apenas um quarto, uma cozinha, uma casa de banho e uma pequena sala de pouco mais de 6m², impedia momentos de distanciamento entre ambos, enfatizando a desadequada interação familiar inerente à frequente falta de privacidade e ao tempo prolongado passado juntos. Durante a troca de interações ao longo do estágio final, tornou-se cada vez mais evidente a relevância da compreensão da teoria do vínculo por apresentar semelhanças com a dinâmica familiar em estudo, auxiliando-nos a tornar mais coesas e menos inseguras as decisões e ações tomadas.

É plausível supor que cada indivíduo constrói modelos de si mesmo através da sua perceção de como reagem as suas figuras de apego. Um aspeto crucial da teoria de Bowlby realça a ideia de que os comportamentos são moldados pela forma como a pessoa se percebe aos olhos do seu cuidador. A pessoa faz previsões mentais sobre as reações que o seu cuidador teria sobre si em caso de necessidade. É nessa estrutura de inferências que se baseia o desenvolvimento de sentimentos de confiança ou, inversamente, de medo, aumentando a confiança perante uma relação com figuras de apego de proximidade e exacerbando os receios no caso de experiências com cuidadores mais indisponíveis ou ausentes. A indisponibilidade emocional da figura de vínculo pode desencadear reações de alarme nas situações em que a pessoa sente maior fragilidade (Bowlby, 1973, pp. 236-237).

Perante o exposto, reconhecemos que toda a gestão do cuidado foi desafiadora. Em certo momento, ponderámos estar a incorrer no risco de um cuidado desigual ao interagir com o agregado familiar em questão, devido à dificuldade em perceber as atitudes pouco contentoras da mãe. A aluna, por também ser mãe, viu o seu lado maternal e as suas vivências pessoais influenciarem a sua perspetiva profissional, dificultando todo o processo.

Foi nosso objetivo almejar uma atitude profissional que fosse ao encontro do descritivo da competência A1 do Regulamento do EE: “O Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. Possui um corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” (OE, 2019, p. 4746).

O EE possui as competências comuns e as ferramentas para prestar cuidados de enfermagem de excelência, o que nos leva a concluir termos assumido o compromisso com uma prática de cuidados que respeitou os princípios, os valores e as normas deontológicas inerentes à profissão ao longo de todo o contexto formativo.

No que respeita ao processo de tomada de decisão, este foi sempre fundamentado na evidência, com recurso a uma prévia e cuidadosa avaliação diagnóstica, com adaptação das intervenções às necessidades específicas do sistema alvo de cuidados, indo, assim, ao encontro do definido para a competência D2: “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019, p. 4749).

A intervenção familiar foi uma jornada intensa, mas gratificante para todos os envolvidos, contribuindo significativamente para a restauração do sistema familiar, cujo processo estava comprometido. Os resultados positivos ficaram patentes quer nas respostas aos questionários de satisfação (Apêndice III), quer nas manifestações de agradecimento dos envolvidos. Para o profissional de saúde revelou-se recompensador no sentido em que permitiu consolidar os conhecimentos adquiridos durante a fase académica, realizada no ano anterior, e possibilitou o desenvolvimento de novas competências de prática clínica.

No Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica reconhece-se que o EEESMP compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente, assim como as implicações para o seu projeto de vida. Promove a articulação entre os processos corporais, psicológicos e de transição, reconhecendo o potencial de recuperação e a influência dos diferentes contextos sobre a saúde mental (OE, 2018, p. 21427).

Devido à dinâmica encontrada, foi crucial fazer pausas para reflexão, durante as quais ponderámos sobre o impacto das intervenções realizadas e sobre o conteúdo informativo obtido por meio das EM conduzidas, até porque enfrentámos desafios singulares devido às discrepâncias entre a realidade de trabalho atual, numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados com enfoque na área de saúde infantojuvenil, e o contexto de estágio. A necessidade de adaptação da prática clínica a um contexto completamente novo exigiu um esforço suplementar para garantir o bom desempenho na prestação de cuidados. O próprio processo de transição entre a realidade de trabalho atual e a do estágio exigiu alguma catarse. Contudo, a experiência profissional em saúde infantojuvenil acabou por fomentar um envolvimento adaptado à interação parental presente, dado a estreita ligação existente entre os membros nucleares da família em estudo, que praticamente se suportavam a eles mesmos, desligados da restante família alargada. Cabe aqui mencionar que, de acordo com Lehtinen

(2008), citador por Sequeira e Sampaio (2020, p. 53), “a base para uma saúde mental no adulto constrói-se na infância.”.

A adaptação ao novo contexto profissional proporcionado pelo estágio exigiu da profissional uma desconstrução de atuações que tinha anteriormente como certas para o desempenho de prestação de cuidados. Inicialmente, houve mesmo a necessidade de reestruturar o projeto terapêutico, uma vez que considerámos, erradamente, que seria a pessoa com esquizofrenia o maior desafio desta intervenção. Surpreendentemente, porém, foi a cuidadora e mãe do doente quem nos confrontou com os desafios mais significativos.

Assim, quando se exploravam as diferentes sugestões de intervenção, a cuidadora revelava aceitação e uma postura afável durante o contacto. Contudo, na ausência dos profissionais, manifestava uma atitude discordante, pouco propícia à adesão ao regime terapêutico estabelecido para o filho e com pouca aptidão para compreender o seu processo de doença. Consequentemente, consideramos que a mãe, de certa forma, não só não facilitava a nossa intervenção, como aparentava alguma resistência ao processo de melhoria de saúde do filho. Nessa etapa específica, foi crucial ter presente o estipulado pelo cumprimento da Unidade de Competência A2.1 do Regulamento do Enfermeiro Especialista, que determina que o EE promove a proteção dos direitos humanos, conforme previsto nas suas subunidades de competência A2.1.5 (“Assegura o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde”) e A2.1.6 (“Assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos” (OE, 2019, p. 4746).

Também as competências D1.1 e D1.2 foram fundamentais, pois implicam o autoconhecimento e a capacidade de adaptação, essenciais para lidar com situações complexas como esta, tal como se enuncia pelas suas subunidades. Considera-se que o EE otimiza o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e/ou a equipa multidisciplinar; gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda; reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais; consciencializa a influência pessoal na relação profissional; otimiza a congruência entre auto e heteropercepção; gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente; atua eficazmente sob pressão; reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade e utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos (OE, 2019, p. 4749).

Por conseguinte, foi necessário readaptar as intervenções previamente delineadas para garantir que os objetivos a que nos propusemos eram alcançados, mantendo uma relação

terapêutica adequada a todos os elementos do sistema familiar e, acima de tudo, permanecendo fiéis à intencionalidade que inicialmente justificou a nossa presença enquanto agentes catalisadores de recuperação dos focos problemáticos que, enquanto EEESMP, diagnosticámos.

A especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental engloba a excelência relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico durante o processo de cuidar da pessoa e da sua família ao longo do ciclo vital (OE, 2018, p. 21427).

A resposta de cuidados utilizada na família, baseada na metodologia de Gestão de Caso, respeita o regulamento de competências específicas do EEESMP na dimensão F3.3 (“Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade”), F 3.4 (“Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados”) e F3.5. (“Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde”). Mais especificamente, destacamos as alíneas

F3.4.5.

Elabora e implementa o plano de cuidados a desenvolver com o cliente de forma a: Aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade; Manter e promover a integração familiar, social e profissional das pessoas com perturbação mental, diminuindo a exclusão social; Promover e reforçar as capacidades das famílias (OE, 2018, p. 8671).

F3.5.1.

Desempenha as funções de terapeuta de referência e pode coordenar programas de gestão dos casos, no âmbito dos programas integrados de apoio específico às pessoas com perturbação mental, doença mental grave ou de evolução prolongada, e suas famílias (OE, 2018, p. 8672).

e F3.5.4.

Coordena a transição de doentes e famílias entre cenários de cuidados de saúde mental, cenários de cuidados de saúde gerais e unidades comunitárias para fornecer continuidade de cuidados e suporte ao cliente, família e outros prestadores de cuidados de saúde (OE, 2018, p. 8672).

O funcionamento da Equipa Comunitária de Saúde Mental com a qual trabalhámos pautava a sua atuação pelos princípios emanados do regulamento supracitado, bem como pelos descritivos enunciados no Manual para a Implementação e Desenvolvimento de Equipas Comunitárias de Saúde Mental para a População Adulta, (Gago *et al.*, 2023), onde se assenta que o funcionamento das ECSM é atualmente estruturado com base em modelos de cuidados integrados de saúde mental na comunidade capazes de:

- “- Promover a integração de pessoas com problemas de saúde mental na comunidade e a participação ativa destas na sua recuperação;
- Dinamizar o trabalho multidisciplinar, coordenado e integrado de vários profissionais de uma equipa ou de várias estruturas;
- Integrar vários programas, projetos e/ou intervenções de forma estruturada, coordenada e individualizada e com base na evidência científica;
- Mobilizar a participação das partes envolvidas, nomeadamente a família, cuidadores informais e a comunidade em geral” (Gago *et al.*, 2023, p. 33).

Perante todas as recomendações e descritivos, foi possível estabelecermos a elaboração do Processo de Enfermagem, através do qual se sistematizou e organizou o processo de juízo para a tomada de decisão clínica, centrada na resolução dos problemas encontrados. Destacámos um cuidado centrado na promoção da autonomia da pessoa com doença mental grave para atingir o máximo do seu potencial de funcionalidade, no qual considerámos o doente mental grave o foco da nossa atuação. Tal como emanado no Plano de Ação Abrangente em Saúde Mental 2013-2030 (OMS, 2021) definem-se seis princípios e abordagens transversais a assumir na recuperação da doença mental, conforme Tabela 3.

Tabela 3 – Princípios e abordagens na recuperação da doença mental

1	Cobertura universal de saúde. Independentemente da idade, sexo, estatuto socioeconómico, raça, etnia ou orientação sexual e seguindo o princípio da equidade, as pessoas com perturbações mentais devem poder aceder, sem o risco de empobrecimento, a serviços de saúde e sociais essenciais que lhes permitam alcançar a recuperação e o mais alto padrão de saúde alcançável.
2	Direitos humanos. As estratégias, ações e intervenções em saúde mental para tratamento, prevenção e promoção devem estar em conformidade com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e outros instrumentos internacionais e regionais de direitos humanos.
3	Prática baseada em evidências. As estratégias e intervenções em saúde mental para tratamento, prevenção e promoção devem ser baseadas em evidências científicas e/ou melhores práticas, tendo em conta considerações culturais.
4	Abordagem ao longo do ciclo de vida. As políticas, planos e serviços de saúde mental devem ter em conta as necessidades de saúde e sociais em todas as etapas do ciclo de vida, incluindo a infância, a adolescência, a idade adulta e a velhice.
5	Abordagem multissetorial. Uma resposta abrangente e coordenada para a saúde mental requer parcerias com múltiplos setores públicos, como saúde, educação, emprego, judiciário, habitação, setores sociais e outros relevantes, bem como o setor privado, conforme apropriado à situação do país.
6	Capacitação das pessoas com perturbações mentais e incapacidades psicossociais. As pessoas com perturbações mentais e incapacidades psicossociais devem ser capacitadas e envolvidas na advocacia em saúde mental, política, planeamento, legislação, prestação de serviços, monitorização, investigação e avaliação.

Fonte: OMS (2021)

O plano de ação referido tem grande enfoque nos direitos humanos e incentiva um investimento das equipas multidisciplinares no trabalho conjunto com todos os atores que contribuem para a recuperação e bem-estar da pessoa afetada por doença mental. Nesta perspetiva, a área da saúde deverá efetuar articulações para a inclusão de outras áreas. Segundo o mesmo plano de ação, a abordagem multissetorial é uma resposta abrangente e coordenada para a saúde mental que trabalha com parcerias em múltiplos setores públicos, como saúde,

educação, emprego, judicial, habitação, social e outros setores relevantes, bem como com o setor privado, conforme o contexto de cada país (OMS, 2021: 5). Interessante salientar que o termo «stakeholders» é frequentemente utilizado em contextos de gestão, negócios e políticas públicas para se referir a partes interessadas, envolvidas de alguma forma em determinado processo, projeto ou decisão. Embora possa ser traduzido para «partes interessadas» em português, essa tradução nem sempre capta totalmente o significado e a complexidade do termo em inglês. Assim, para a OMS «stakeholders» são todos os envolvidos que promovem o desenvolvimento de práticas e ferramentas para fortalecer a colaboração e interação entre os diversos setores, que atuam desenvolvendo, implementando e avaliando políticas, estratégias, programas e leis para a saúde mental, inerentes aos setores da saúde, judicial e social, grupos da sociedade civil que envolvem profissionais com cuidadores e membros da família, com organizações e agências de direitos humanos, para responder à situação da pessoa com doença mental (OMS, 2021, p. 8).

Tendo em conta as premissas consideradas, dedicámos particular atenção ao estabelecimento de um cuidado promotor da equidade e dignidade de todos os envolvidos. Focámo-nos não apenas no diagnóstico da doença mental, mas principalmente na pessoa que tem essa condição como parte de si. Assim, numa abordagem humanizada, priorizámos a individualidade e a singularidade de cada pessoa, atuámos no prisma da advocacia em saúde mental, que defende não apenas o tratamento dos sintomas, mas também os direitos, os interesses e as necessidades de cada indivíduo. Esse compromisso ético e profissional está alinhado com as competências de avaliação da alínea F do Regulamento de Competências Específicas do EEESMP, das quais destacamos:

“F4.1.1. Fornece antecipadamente orientações aos clientes, para promover a saúde mental e prevenir ou reduzir o risco de perturbações mentais.

F4.1.3. Implementa intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais.

F4.1.9. Analisa o impacto dos sinais e sintomas psiquiátricos na habilidade e disponibilidade para aprender e planeia abordagens de acordo com a situação.

F4.1.10. Considera a disponibilidade para melhorar o autocuidado e comportamentos de saúde quando se está a ensinar pessoas com problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas.

F4.2.1. Implementa intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições.

F4.2.2. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que aumentam o «insight» do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema.

F4.2.3. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitam ao cliente recuperar a sua saúde mental.

F4.2.4. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que ajudem o cliente a desenvolver e integrar a perturbação ou doença mental e os *deficits* por elas causadas, fazendo escolhas que promovam mudanças positivas no seu estilo de vida.

F4.2.5. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.

F4.3.1. Concebe e desenvolve programas de reabilitação psicossocial para pessoas com doença mental grave ou de evolução prolongada, nas equipas técnicas que integra.

F4.3.2. Implementa intervenções psicossociais estruturadas individualmente, em grupos ou comunidades visando a inserção familiar, social e profissional da pessoa com perturbação ou doença mental.

F4.3.3. Implementa intervenções psicossociais de recrutamento e retenção ou reabilitação e regresso ao local de trabalho de pessoas em sofrimento ou com perturbação mental.

F4.3.4. Envolve outros profissionais na definição de projetos que visem a reabilitação psicossocial da pessoa, contribuindo para melhorar os indicadores de morbilidade e mortalidade” (OE, 2018).

No contexto da advocacia em saúde mental, a nossa atuação foi orientada para a recuperação da pessoa para a pessoa e com a pessoa. Enquanto EEESMP, considerámo-nos também elementos integrados no PIC, no sentido em que somos parte da solução para os problemas detetados.

O apoio prestado foi, então, integral, no qual, de acordo com a fase e os inputs motivacionais que o doente ia demonstrando, íamos seguindo conjuntamente com ele,

incentivando a sua aceitação para o regime terapêutico e respeitando os seus desejos e vontades. O EEESMP, ao investir num modelo de cuidado orientado para a recuperação participativa da pessoa, contribui para uma vida mais significativa, autónoma e que respeita os direitos da pessoa, sendo por isso promotor de uma maior qualidade de vida da pessoa com doença mental.

Ainda de acordo com o descritivo da competência F3 do Regulamento de Competências Específicas, o EEESMP deverá realizar uma

“prescrição dos cuidados a prestar baseadas na evidência, de forma a promover e proteger a saúde mental, prevenir a perturbação mental, minimizar o desenvolvimento de complicações, promover a funcionalidade e a qualidade de vida do indivíduo, tomando em consideração o ciclo vital e centrando a atenção nas respostas do cliente a problemas de saúde, reais ou potenciais. O processo de diagnóstico exige integração e interpretação dos diversos dados, diagnóstico diferencial, bem como pensamento crítico” (OE, 2018, p. 8671).

Para tal, deverá recorrer à

“utilização da gestão de caso para coordenar cuidados de saúde e para assegurar a continuidade de cuidados, integrando as necessidades dos clientes e equipas, otimizando os resultados existentes. O método de gestão de caso inclui atividades como: organização, avaliação, negociação, coordenação e integração de serviços e benefícios para o cliente” OE, 2018, p. 8671).

No que diz respeito à pessoa com quem estabelecemos a relação terapêutica, é importante salientar que, apesar da sua recente e grave agudização, mostrou-se imediatamente disponível para colaborar com os profissionais após receber alta para o domicílio.

Quanto à enfermeira orientadora, com quem mantivemos uma estreita colaboração, ao permitir que assumíssemos o papel de TR do doente, permitiu uma interação de maior proximidade, que favoreceu a realização de intervenções psicoeducativas, cujos objetivos se

prenderam com a promoção do seu «insight» sobre o processo de doença, o incremento da literacia em saúde mental e o conhecimento do seu projeto terapêutico.

Após abordarmos questões como a sintomatologia mais relevante e a importância da adesão ao tratamento medicamentoso prescrito no âmbito do tratamento ambulatorial em regime involuntário, desmistificámos simultaneamente algumas crenças erróneas existentes. Também discutimos estratégias para lidar com problemas específicos particulares, referidos pela pessoa, que estavam a afetar a sua família e explorámos modos de identificação e superação de possíveis alterações do pensamento, como delírios ou alucinações, caso voltassem a ocorrer. De destacar que todas as nossas intervenções foram bem e empaticamente recebidas pelo doente.

Compreendendo a importância de estabelecer uma ligação próxima, disponibilizámos um número de telefone para contacto sempre que considerasse necessário. Reconhecemos igualmente a relevância de envolver a família do utente no processo de tratamento. Para tal, realizámos momentos de promoção da literacia em saúde mental com a mãe, onde discutimos sintomas importantes, estratégias de apoio, promoção da esperança e estratégias contributivas para uma conduta mais assertiva e um ambiente mais respeitoso e agradável em casa. Esta abordagem colaborativa não só ajudou a mãe a sentir-se mais apoiada, como também capacitou a cuidadora a compreender melhor a Esquizofrenia para melhor apoiar o filho no futuro.

Destacamos a implementação de intervenções personalizadas de promoção da literacia em saúde mental, adaptadas à dinâmica familiar específica encontrada durante o estágio, e a inclusão da família no plano terapêutico como aspetos fundamentais para a melhoria do processo de gestão desta situação familiar disfuncional. Acreditamos que esta abordagem holística criou melhores condições relacionais para que tanto o doente como a mãe desejassem participar ativamente nas intervenções propostas.

Conforme postulado no Modelo de Sistemas de Betty Neuman, existe uma relação recíproca entre o cliente e o enfermeiro, cujo resultado é corretivo ou regulativo para o sistema.

“A principal preocupação da Enfermagem é manter o sistema do cliente estável, através da precisão tanto na avaliação dos efeitos e possíveis efeitos dos stressores ambientais quanto na assistência aos ajustes do cliente necessários para um nível ótimo de bem-estar. Ao manter o sistema estável, o enfermeiro cria uma ligação

entre o cliente, o ambiente, a saúde e a enfermagem.” (Neuman & Fawcett, 2011, p. 285).

Conforme considerado pela OE (2021), as intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas se toda a unidade familiar for considerada alvo do processo de cuidados, especialmente quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos para a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde.

Enfatizamos a importância desta relação terapêutica construída ao longo do tempo, em que ajudamos o cliente a ser proativo na consecução do seu projeto de saúde, envolvendo a pessoa mais significativa para o doente, a sua mãe.

Ao assumirmos o papel de gestores de caso, criaram-se condições propícias para que o doente continuasse ativo e capaz de desempenhar um papel na sua comunidade. Atuamos para ampliar as suas competências sociais e promover um maior dinamismo ocupacional. Apesar de não termos conseguido a participação do paciente num trabalho voluntário, planeámos, respeitando sempre as suas opiniões e preferência, um plano semanal para que se mantivesse ativo e útil, (Apêndice B ao EC). As atividades foram escolhidas por ele dentro de um leque de opções, incluindo treino de memória e reflexão após a visualização de um filme, arranjos simples em casa e auxílio à sua cuidadora com tarefas do quotidiano.

Considerando o trabalho produzido, não esperávamos resultados espetaculares, mas sim modestos, que fossem uma mais-valia para a autoestima e qualidade de vida do doente e da sua família, bem como promover a reintegração do doente na comunidade e reduzir o impacto negativo associado à doença mental. A inclusão da pintura como um mediador artístico permitiu à pessoa explorar a sua criatividade e expressar-se de forma única, envolvendo-o em atividades significativas para si mesmo. Perto do final do estágio, com o aumento progressivo das suas horas de ocupação e o treino de competências sociais, observámos um aumento do bem-estar e desempenho cognitivo do doente. Foi possível notar uma expressão facial mais animada, maior rapidez de resposta no discurso e um conteúdo mais elaborado na manutenção do diálogo. Quanto à dinâmica familiar, o facto de o doente passar mais horas fora de casa proporcionou maior sensação de paz à sua cuidadora, diminuindo as tensões conflituosas e promovendo uma maior interajuda, fortalecendo os laços familiares e proporcionando mais esperança.

Embora este relatório reflita maioritariamente o trabalho desenvolvido no Estágio Final, salientamos que todo o percurso académico ao longo dos semestres anteriores e o primeiro estágio contribuíram para maior segurança e prontidão no desempenho da intervenção familiar.

Assim, no Estágio I, ao interagirmos com pessoas com diferentes diagnósticos de DMG, compreendemos as diversas estratégias que permitem que a pessoa em situação de descompensação consiga desenvolver as suas competências e desenvolver fatores de proteção face à agudização, reduzindo recaídas e impactos graves da sua condição. A sobrecarga que a patologia psiquiátrica representa para os cuidadores também foi evidente no Estágio I, onde tivemos contacto com as queixas e preocupações para as quais os familiares não tinham resposta imediata. Diante da incerteza, aumentavam os seus sentimentos de incapacidade, receio e desconhecimento face ao futuro, potenciando o risco de «burden» e manutenção da sua própria saúde mental. Atitudes simples como valorizar o aumento da capacitação dos cuidadores revelaram-se intervenções imediatas que diminuía as sensações de incómodo associadas à doença e ao internamento do familiar.

Deste modo, podemos concluir que o Estágio I serviu como ponte de ligação para suportar as medidas e ações implementadas no Estágio Final.

Em ambos os momentos de estágio constatámos que há um conjunto de pequenas ações, como proporcionar pequenos estímulos de forma sensível e adequada, que podem propiciar a mudança de energia na pessoa, levando a uma maior participação em atividades ocupacionais e de desenvolvimento de competências sociais, com impacto significativo no seu bem-estar.

Em síntese, uma abordagem centrada na pessoa, que valoriza a sua autonomia, promove a sua reintegração na comunidade e reconhece o papel fundamental da família no processo terapêutico, é fundamental para o sucesso do tratamento em saúde mental. O presente relatório reforça a importância do papel do EEESMP como facilitador do processo de recuperação e reabilitação, trabalhando em colaboração com outros «stakeholders» e envolvendo ativamente o paciente e a sua família no planeamento e implementação de todo o cuidado.

5.2 COMPETÊNCIAS DE MESTRE

A obtenção do grau de Mestre em Enfermagem é crucial para dotar o enfermeiro de competências clínicas e educacionais avançadas. Incumbe ao Mestre em Enfermagem assumir papéis mais complexos e desafiadores na sua prática profissional. Através de um conhecimento mais aprofundado e especializado, adquirido ao longo do percurso académico, o enfermeiro está preparado para desenvolver habilidades de investigação, liderança e gestão, com o objetivo de contribuir para o avanço da enfermagem enquanto ciência e profissão.

Segundo o programa de estudos da 7.^a Edição da Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica do Instituto Politécnico de Portalegre (mestrado em associação com as Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Setúbal e com a Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora), a aquisição do grau de Mestre é concedida de acordo com o DL n.º 115/2013, de 7 de agosto, que regula os regimes jurídicos dos graus académicos e diplomas do ensino superior. Assim, no Capítulo III, Artigo 15.º, define-se que:

“1 – O grau de mestre é conferido aos que demonstrem:

- a) possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolvam e aprofundem;
- 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) ter a 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 forma clara e sem ambiguidades;
- (e) possuir competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo. (DL, n.º 115/2013, de 7 de agosto, pp. 4760-4761)

Neste contexto, o relatório final que agora se apresenta desempenha um papel crucial ao evidenciar não apenas o trabalho realizado, mas também o desenvolvimento gradual de competências que fomos adquirindo para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Este documento não só reflete a jornada académica, como contribuiu também para o avanço do conhecimento e prática da enfermagem, promovendo uma abordagem baseada na evidência e no rigor científico. Assim, reafirma-se o compromisso do mestrando em enfermagem com o aprimoramento da excelência profissional, o crescimento contínuo e a promoção da saúde e bem-estar dos doentes com doença mental. Tivemos sempre presente o objetivo de promover uma atitude profissionalmente capacitadora, especialmente para pessoas com alterações na saúde mental, fornecendo-lhes os recursos, habilidades ou oportunidades necessárias para tomarem as suas decisões e agirem de forma autónoma e assertiva nas suas vidas pessoais, profissionais e sociais. Essa abordagem foi desenvolvida de forma crítica e baseada em evidências, contribuindo para o avanço da enfermagem como disciplina e prática de cuidados. Também evidenciámos uma abordagem que perspetiva a intenção de continuidade de estudo e de atuação para o futuro, relembrando a alínea e) do DL supracitado.

Pretendemos estimular o juízo clínico na equipa com quem trabalhamos e encaramos o estágio como a etapa inicial para a realização de estudos que demonstrem a necessidade de abordagens semelhantes às aqui implementadas, isto é, centradas na pessoa, tendo em conta a sua história de vida, o seu sofrimento e as suas particularidades, contrariando uma abordagem baseada apenas no diagnóstico subjacente que categoriza e baliza sintomas.

Deste modo, consideramos que o mestrado nos proporcionou as bases teóricas para assumirmos a responsabilidade de autonomia nos cuidados de enfermagem especializada para a pessoa com necessidades de saúde mental.

A inscrição no mestrado teve por intuito elevar o nosso nível de excelência no cuidado, impulsionando o nosso crescimento na capacidade de questionar, analisar e apresentar soluções fundamentadas pelo estado da arte, fomentando, assim, o nosso desenvolvimento profissional e pessoal. Para tal, participámos em diversas atividades extracurriculares ao longo do percurso formativo, das quais destacamos a participação no X Encontro de Saúde Mental do Baixo Alentejo, no XIV Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, no *Recovery Summit II* – Congresso Internacional *Recovery*, Portugal 2023, no V

Congresso Online Internacional: Boas Práticas em Saúde Mental, dinamizado pelo Centro Educacional Novas Abordagens em Saúde Mental (CENAT), na Aula Aberta “Criança e Jovem em Situação de Especial Complexidade: Realidade(s) e Desafios na Investigação Nacional e Internacional da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e no evento Saúde Mental: Pesquisa, Ensino e Intervenção Psicossocial em Comunidades Específicas, dinamizado pela Rede Académica de Ciências da Saúde na Lusofonia (RACS). Na componente de formação destacamos a realização do curso de Treino Metacognitivo para a Psicose, ministrado pela Universidade de Évora (52 horas), do Workshop *Mindfulness* na Parentalidade, realizado durante o Congresso Internacional A Criança no Mundo Hoje e Amanhã, organizado no Instituto Politécnico de Viseu e acreditado pela Ordem dos Enfermeiros para efeitos de qualificação profissional. Adicionalmente, frequentámos os *Webinars* promovidas pela Ordem dos Enfermeiros sob os temas: “Competência Acrescida Avançada em Psicoterapia”, “Rumo ao Futuro: A Importância da Promoção da Saúde Mental em Crianças e Adolescentes”, “Organização dos Serviços de Saúde Mental nas Unidades Locais de Saúde”, “Intervenção Especializada de Enfermagem de Saúde Mental Psiquiátrica nos Comportamentos Aditivos e Dependências”, “Perturbações do Comportamento Alimentar e Sexualidade: Focos de Atenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental Psiquiátrica” e o webinar “Inovação e Tecnologia”, cujos comprovativos de participação constam do Anexo IV.

Para concluir a nossa reflexão, citamos Neuman e Fawcett (2011, p. 300), que consideram - “os enfermeiros não podem escapar à teoria porque a prática e a investigação requerem a leitura, discussão e reflexão sobre fenómenos de enfermagem utilizando conceitos e proposições inter-relacionadas.” Além disso, salientam que “a enfermagem, enquanto disciplina histórica e científica, requer o uso da teoria em outros sentidos: para interpretação, sugestão de hipóteses, explicação e fornecimento de princípios éticos⁷” (Neuman & Fawcett, 2011, p. 300). Em suma, consideramos que o mestrado proporcionou as bases para aplicar todos os conhecimentos especializados na prática, tanto no Estágio I, realizado num serviço de internamento de agudos, como no Estágio Final, desenvolvido no âmbito de uma ECSM. Ao longo da sua concretização, tornou-se cada vez mais evidente a necessidade de assumir a responsabilidade quer pela gestão quer pelo juízo e desempenho autónomo nos cuidados de

⁷ “Nurses cannot escape theory because practice and research require reading, discussion, and thinking about nursing phenomena using concepts and interrelated propositions. Nursing as a historical and scientific discipline, however, requires using theory in other senses: for interpretation, for suggesting hypotheses, for explanation, and for providing ethical systems” (Neuman & Fawcett, 2011, p. 300).

enfermagem dedicados à pessoa com necessidades de saúde mental, integrados no processo de formação e investigação subjacente a este grau académico de enfermagem em particular.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Parece-nos inegável o impacto significativo da intervenção que o EEESMP pode proporcionar ao adotar uma abordagem inclusiva e abrangente. Ao longo deste relatório, constatámos que não só foi proporcionado suporte emocional e esclarecimentos para compreender a doença, como também se abriu o caminho para uma recuperação mais informada, participativa e holística.

A inclusão da família e da própria pessoa no projeto terapêutico revelou-se essencial, fortalecendo os laços de apoio e criando um ambiente mais propício à recuperação. Ao se promover o apoio e envolvimento familiar, capacitámos o cuidador para lidar de forma mais eficaz com os desafios que surgiram no percurso da evolução da doença.

Enquanto EEESMP, desempenhamos um papel ativo e fundamental como intervenientes-atores, ou «stakeholders», no processo de recuperação da pessoa. Reconhecemos a importância de uma abordagem descentralizada, que promove o cuidado para além dos muros do hospital e se integra na comunidade do doente.

Com o término dos estágios, levamos connosco as lições apr(e)endidas e a convicção de que o verdadeiro progresso em Saúde Mental só pode ser alcançado através de uma colaboração aberta e de uma atuação holística.

Que esta experiência sirva como inspiração para um futuro onde o cuidado em saúde mental seja acessível a todos, prestado de forma simples e desprovida de burocracias, onde os profissionais de saúde atuem como agentes de mudança em equipa, capazes de capacitar os mais fragilizados, e onde a comunidade se torna um verdadeiro aliado fundamental na jornada de recuperação de cada indivíduo, sem estigmas nem barreiras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al Ubaidi, B. A. (2017). Cost of Growing up in Dysfunctional Family. *Journal of Family Medicine and Disease Prevention*, 3(3), 1-4. Disponível em <https://clinmedjournals.org/articles/jfmdp/journal-of-family-medicine-and-disease-prevention-jfmdp-3-059.php?jid=jfmdp>
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Artmed. Disponível em https://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf
- American Psychologic Association (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association* [7.ª edição]. APA. Disponível em <https://www.ua.pt/file/62230>
- Ampalam, P., Gunturu, S., & Padma, V. (2012). A comparative study of caregiver burden in psychiatric illness and chronic medical illness. *Indian Journal of Psychiatry* 54(3), 239-243. Disponível em doi: 10.4103/0019-5545.102423.
- Barlati, S., Nibbio, G., Calzavara-Pinton, I., Invernizzi, E., Cadei, L., Lisoni, J., Valsecchi, P., Deste, G., & Vita, A. (2022). Primary and secondary negative symptoms severity and the use of psychiatric care resources in schizophrenia spectrum disorders: A 3-year follow-up longitudinal retrospective study. *Schizophrenia Research*, Vol. 250, 31-38. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.10.002>.
- Bentur, N., & Moualem, A. (2001). The effect on family members of treating home-hospitalized patients. *Harefuah*, 140(5), 386-391, 455. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11419057/>
- Borden, L. M., Brown, S., Cheatom, O., Hawkey, K. R., Hawkins, S., Hoang, T. N., Jordan, A. C., Kuhl, M. W., Otto, M., Paradis, E., Pinna, K. L. M., Sherman, M. D., Shortreed, T., Steinman, D., & Casper, D. M. (2014). *Strong Family Functioning – Research Brief*. University of Minnesota. Department of Family Social Science. Disponível em [https://reachfamilies.umn.edu/sites/default/files/rdoc/Strong%20Family%20Functioning%20\(2\).pdf](https://reachfamilies.umn.edu/sites/default/files/rdoc/Strong%20Family%20Functioning%20(2).pdf)

- Bosweel, C., & Cannon, S. (2022). *Introducing to Nursing Research: Incorporating Evidence-Based Practice* [6.ª ed.]. Jones & Bartlett Learning.
- Bott, N. T., Sheckter, C. C., & Milstein, A. S. (2017). Dementia Care, Women's Health, and Gender Equity: The Value of Well-Timed Caregiver Support. *JAMA Neurology* 74(7), 757-758. Disponível em <https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/2624330>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss. Vol 1: Attachment*. Pimlico Edition [1997].
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss. Vol 2: Separation, Anger and Anxiety*. Pimlico Edition [1998]
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss. Vol. 3: Loss, Sadness and Depression*. Pimlico Edition [1998].
- Brophy-Williams, S., Jarosz, K., Sommer, J., Leach, A., & Morris, P. (2019). Preventative and medical treatment of ear disease in remote or resource-constrained environments. *The Journal of Laryngology & Otology*, 133, 1-14. <https://doi.org/10.1017/S00222151190000>
- Brunt, B. A., & Morris, M. M. (2023). *Nursing Professional Development Evidence-Based Practice*. StatPearls Publishing. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589676/#>
- Carnut, L., & Ferraz, C. B. (2021). Necessidades em(de) saúde: conceitos, implicações e desafios para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*, 45(129), 451-466. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112916>
- Caspi, A., Davidson, M., & Tamminga, C. A. (2004). Treatment-refractory schizophrenia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 6(1), 61-70. Disponível em <https://doi.org/10.31887/DCNS.2004.6.1/acaspi>
- Chalifour, J. (2007). *A Intervenção Terapêutica. Volume 1. Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Lusodidacta.
- Chong, H. Y., Teoh, S. L., Wu, D. B., Kotirum, S., Chiou, C., & Chaiyakunapruk N. (2016). Global economic burden of schizophrenia: a systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16 (12), 357-373. Disponível em <https://doi.org/10.2147/NDT.S96649>.

- Correll, C. U., & Schooler, N. R. (2020). Negative Symptoms in Schizophrenia: A Review and Clinical Guide for Recognition, Assessment, and Treatment. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 16, 519–534. Disponível em <https://doi.org/10.2147/NDT.S225643>
- Critical Appraisal Skills Programme. (s.d.). CASP checklist. Disponível em <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- Dangroo, A. A., Sahu, K. K., & Arun, P. (2020). Psychosocial Interventions in Persons with Schizophrenia: A Protocol for Intervention Studies. *Indian Journal of Private Psychiatry*, 14(2), 75-79. Disponível em <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10067-0065>
- De Cates, A. N., Catone, G., Marwaha, S., Bebbington, P., Humpston, C. S. & Broome, M. R. (2021). Self-harm, suicidal ideation, and the positive symptoms of psychosis: Cross-sectional and prospective data from a national household survey. *Schizophrenia Research*, 233, 80-88. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.06.021>
- De la Fuente-Tomas, L., Sánchez-Autet, M., García-Alvárez, L., González-Blanco, L., Velasco, A., Sáiz Martínez, P. A., Garcia-Portilla, M. P., & Bobes, J. (2019). Clinical staging in severe mental disorders: Bipolar disorder, depression and schizophrenia. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental (English Edition)*, Vol. 12 (2), 106-115. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2018.08.002>
- DGS-Direção Geral de Saúde (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 – Saúde Sustentável, de todos para todos*. Ministério da Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/plano-nacional-de-saude-2021-2030-em-consulta-publica-ate-7-de-maio1.aspx>
- Dijkxhoorn, M. A., Padmakar, A., Bunders, J. F. G., & Regeer, B. J. (2023). Stigma, lost opportunities, and growth: Understanding experiences of caregivers of persons with mental illness in Tamil Nadu, India. *Transcultural Psychiatry*, 60:2, 255-271. <https://doi.org/10.1177/13634615211059692>
- Drake, R. J., Husain, N., Marshall, M., Lewis, S. W., Tomenson, B., Chaudhry, I. B., Everard, L., Singh, S., Freemantle, N., Fowler, D., Jones, P. B., Amos, T., Sharma, V., Green, C. D., Fisher, H., Murray, R. M., Wykes, T., Buchan, I., & Birchwood, M. (2020). Effect of delaying treatment of first-episode psychosis on symptoms and social outcomes: a

- longitudinal analysis and modelling study. *The Lancet Psychiatry*, 7(7), 602–610.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30147-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30147-4)
- Duchamp, M. (s.d.). *Teachers & Writers Magazine*, 33(4), 7-11. Disponível em
<https://www.torelavantgarde.com/en/marcel-duchamp>
- Ennis, E., & Bunting, B. P. (2013). Family burden, family health and personal mental health. *BMC Public Health*, 13. Disponível em
<https://bmcpublikehealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-255>
- Eustace, R. W., (2022). A Theory of Family Health: A Neuman's Systems Perspective. *Nursing Science Quarterly* 35(1),101-110. Disponível em
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/08943184211051365>
- Faden, J., & Citrome, L. (2022). Schizophrenia: One Name, Many Different Manifestations. *Medical Clinics of North America*, 107 (1), 61-72. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025712522000669?via%3DiHub>
- Gago, J., Caldas de Almeida, J., & Xavier, M. (1996). *Adaptação e validação parcial do Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell*. Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Disponível em <https://www.calameo.com/read/0010268388e2ceeb6a79a>
- Gago, J., Pires, A. M., Sena e Silva, F., Barreto, H., Marques, M. J., Narigão, M., Domingos, P., & Xavier, M. (2023). *Manual para a Implementação e Desenvolvimento de Equipas Comunitárias de Saúde Mental*. Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental. Ministério da Saúde. Disponível em
https://run.unl.pt/bitstream/10362/165805/1/Manual_para_a_Implementa_o_de_E_CSM_v2023.pdf
- Garrett, P. M. (2023). Bowlby, Attachment and the Potency of a 'Received Idea'. *The British Journal of Social Work* 53(1), 100-117. Disponível em
<https://doi.org/10.1093/bjsw/bcac091>
- Gerhardt, C. (2019). *Families in Motion: Dynamics in Diverse Contexts* [1.ª ed.]. SAGE Publications, Inc.

- Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., & Fadden, G. (2007). O Modelo de Fallon para intervenção familiar na esquizofrenia: Fundamentação e aspectos técnicos. *Análise Psicológica* 2(XXV), 241-255. Disponível em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/32906/1/v25n2a06.pdf>
- Gunn, H. E., & Eberhardt, K. R. (2019). Family Dynamics in Sleep Health and Hypertension. *Current Hypertension Reports*, 21(5):39. Disponível em <https://doi.org/10.1007/s11906-019-0944-9>
- Hansson, K. M., Romøren, M., Pedersen, R., Weimand, B., Hestmark, L., Norheim, I., Ruud, T., Hymer, I. S., & Heiervang, K. S. (2022). Barriers and facilitators when implementing family involvement for persons with psychotic disorders in community mental health centres – a nested qualitative study. *BMC Health Services Research*, 22(1): 1153. Disponível em <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08489-y>
- Hany, M., Rehman, B., Azhar, Y., & Chapman, J. (2023). *Schizophrenia*. StatPearls Publishing. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539864/>
- Ibrahim, M., & Samiaji (2021). The Effectiveness of Drawing Occupation Therapy on the Ability to Control Hallucination in Schizophrenia: Literature Review. *KnE Life Sciences* 6(19), 635-641. Disponível em <https://doi.org/10.18502/cls.v6i1.8737>
- Iturralde, E., Slama, N., Kline-Simon, A. H., Young-Wolff, K. C., Mordecai, D., & Sterling, S. A. (2021). Premature mortality associated with severe mental illness or substance use disorder in an integrated health care system. *General Hospital Psychiatry*, Vol. 68, february 2021, 1-6. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.11.002>.
- İzci, F., Bascavus, M., Aslan, M., & Kamiloğlu, O. (2023). Effect of Care Burden and Personality Traits of Caregivers on Treatment Compliance and Functionality of Patients With Schizophrenia. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 25(6). Disponível em <https://doi.org/10.4088/PCC.23m03522>
- Joshi P., Kumari, V., & Ajesh, K. T. K. (2020). Application of Betty Neuman Systems Model in Nursing Care of Patients with COVID -19. *Annals of Nursing and Practice*, 7(2):1116. Disponível em <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/77756444/nursing-7-1116-libre.pdf?1640915993>

- Kantrowitz, J. T., Correll, C. U., Jain, R., & Cutler, A. J. (2023). New Developments in the Treatment of Schizophrenia: An Expert Roundtable. *The International Journal of Neuropsychopharmacology* 26(5), 322-330. Disponível em <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyad011>
- Kapur, R. (2023). *Understanding the Concept of Family Dynamics*. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/374701622_Understanding_the_Concept_of_Family_Dynamics
- Khan, M. L., Ann, Q. T., & Khatoon, H. (2023). Depression, Stress and Life Satisfaction among the Caregivers of Patients with the Symptoms of Schizophrenia. *Journal of Development and Social Sciences*, 3(3), 908-917. Disponível em [https://doi.org/10.47205/jdss.2022\(3-III\)85](https://doi.org/10.47205/jdss.2022(3-III)85)
- Kharb, A., Lamba, N., & Kumar, P. (2021). Efficacy of rehabilitation in management of schizophrenia. *The International Journal of Indian Psychology* 9(1), 65-72. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/349623124_Efficacy_of_rehabilitation_in_management_of_schizophrenia
- Kidambi, N., Elsayed, O. H. & El-Mallakh, R. S. (2023). Xanomeline-Trospium and Muscarinic Involvement in Schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 19, 1145–1151. Disponível em <https://doi.org/10.2147/NDT.S406371>
- Kim, J., Ozzoude, M., Nakajima, S., Shah, P., Caravaggio, F., Iwata, Y., De Luca, V., Graff-Guerrero, A., & Gerretsen, P. (2020). Insight and medication adherence in schizophrenia: An analysis of the CATIE trial. *Neuropharmacology*, 15:168:107634. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2019.05.011>
- Kim, S., Bang, K. S., Lee, G., Lim, J., Jeong, Y., & Song, M. K. (2020). Stressors and Stress Responses of Unmarried Mothers Based on Betty Neuman’s Systems Model: An Integrative Review. *Child Health Nursing Research*, 26(2), 238-253. Disponível em <https://doi.org/10.4094/chnr.2020.26.2.238>
- Klein, J.-P. (2009). *Arteterapia: Una Introducción* [tradução de Catalina Homar]. Ediciones Octaedro.

- Laucella, L. (2019) The Science and Art of Nursing: A Purposefully Designed Integrative Assignment. Disponível em <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1218541.pdf>
- La Fontaine, J., & Oyebode, J. R. (2014). Family relationships and dementia: a synthesis of qualitative research including the person with dementia. *Ageing & Society* 34(7), 1243-1272. Disponível em <https://doi.org/10.1017/S0144686X13000056>
- Li, X., Zhou, W., & Yi, Z. (2022). A glimpse of gender differences in schizophrenia. *General Psychiatry, Vol. 35(4)*. Disponível em <https://doi.org/10.1136/gpsych-2022-100823>.
- Lima, L., Monteiro, E., Coriolano, M., Linhares F., & Cavalcanti, A. M. (2020). Family fortresses in Zika Congenital Syndrome according to Betty Neuman. *Revista Brasileira de Enfermagem* 73(2). Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0578>
- Long, A., French, D., & Brooks, J. (2020). Optimising the value of the critical appraisal skills programme (CASP) tool for quality appraisal in qualitative evidence synthesis. *Research Methods in Medicine & Health Sciences*, 1(1), 31-42. Disponível em <https://doi.org/10.1177/2632084320947559>
- Loots, E., Goossens, E., Vanwesemael, T., Morrens, M., Van Rompaey, B., & Dilles, T. (2021). Interventions to Improve Medication Adherence in Patients with Schizophrenia or Bipolar Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(19),10213. Disponível em <https://doi.org/10.3390/ijerph181910213>
- Luvannyam, E., Jain, M. S., Pormento, M. K. L., Siddiqui, H., Balagtas, A. R. A., Emuze, B. O., & Poprawski, T. (2022). Neurobiology of Schizophrenia: A Comprehensive Review. *Cureus*, 14(4). Disponível em <https://doi.org/10.7759/cureus.23959>
- Ma, C. F, Luo, H., Leung, S. F., Wong, G. H. Y., Lam, R. P. K., Bastiampillai, T., Chen, E. Y. H., & Chan, S. K. W. (2023). Impact of community mental health services on the adult psychiatric admission through the emergency unit: a 20-year population-based study. *The Lancet Regional Health-Western Pacific*, 39, 100814. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2023.100814>
- Martínez-Martínez, C., Richart-Martínez, M., & Ramos-Pichardo, J. D. (2020). Operational Definition of Serious Mental Illness: Heterogeneity in a Review of the Research on Quality-of-Life Interventions. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*,

- 26(3), 229-244. Disponível em <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1078390320902823>
- Martins, J. L. V. (2017). Necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde dos portugueses em 2014. [Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa]. Disponível em <https://run.unl.pt/handle/10362/31116>
- Mathias, T., Shivakumara, J., Jacob, J., & Sharmila (2021). Effect of Art Therapy on Cognitive and Psychological Well-being of Patients with Major Mental Disorders – An Experimental Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 15(10), LC41-LC45. Disponível em https://jcdr.net/article_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2021&volume=15&issue=10&page=LC41&issn=0973-709x&id=15578
- McCrone, P., Leese, M., Thornicroft, G., Schene, A., Knudsen, H. C., Vázquez-Barquero, J. L., Tansella, M., & Becker, T. (2001). A comparison of needs of patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 103(5), 370-379. Disponível em <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00207.x>
- McGinty, J., Haque, M., & Upthegrove, R. (2018). Depression during first episode psychosis and subsequent suicide risk: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophrenia Research*, 195, 58-66. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.09.040>
- Messina, J. (s/d). *Motivational Interviewing – A Training Resource*. [artigo de blog]. Disponível em <https://coping.us/motivationalinterviewing/overviewofmi.html>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(2), 129–140. Disponível em <https://doi.org/10.1017/S1352465809005128>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational Interviewing. Helping People Change* [3.ª ed.], 218-230. The Guilford Press.
- Mitchell, J., & Meehan, T. (2022). How art-as-therapy supports participants with a diagnosis of schizophrenia: A phenomenological lifeworld investigation. *The Arts in Psychotherapy*, 80. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.aip.2022.101917>.

- Moran, V., Suhrcke, M., Ruiz-Castell, M., Barré, J., & Huiart, L. (2021). Investigating unmet need for healthcare using the European Health Interview Survey: a cross-sectional survey study of Luxembourg. *BMJ Open*, 11(8). Disponível em <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-048860>
- Mosolov, S. N., & Yaltonskaya, P. A. (2022). Primary and Secondary Negative Symptoms in Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 12. Disponível em <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.766692>
- Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem – Teoria e Prática* [1.ª ed.]. Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman systems model* [5.ª ed.]. Pearson.
- NIMH-National Institute of Mental Health (2023). *Mental Illness Definitions*. U.S. Department of Health and Human Services. Disponível em <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness>
- OCDE-Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2017). *Caring for Quality in Health. Lessons Learnt from 15 Reviews of Health Care Quality*. Disponível em: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Caring-for-Quality-in-Health-Final-report.pdf>
- OE-Ordem dos Enfermeiros (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. [Edição portuguesa de *Closing the gap: from evidence to action*]. ICN-Conselho Internacional dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-português_vfinal_correto.pdf
- OE-Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica [Regulamento N.º 515/2018, de 7 de agosto]. *Diário da República, II Série, n.º 151/2018*. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>
- OE-Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista [Regulamento N.º 140/2019, de 6 de fevereiro]. *Diário da República, II Série, n.º 26/2019*. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

- OE-Ordem dos Enfermeiros (2021). *Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave*. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/guia-orientador-de-boas-praticas-1/>
- OE-Ordem dos Enfermeiros (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem*: Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp_intervencapsicoterapeutica_ok.pdf
- OMS-Organização Mundial de Saúde (2016). *Education and Training*. [Technical Series on Safer Primary Care]. Disponível em <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/252271/9789241511605-eng.pdf>
- OMS-Organização Mundial de Saúde (2018). *Management of Physical Health Conditions in Adults With Severe Mental Disorders*. Disponível em <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/275718/9789241550383-eng.pdf>
- OMS-Organização Mundial de Saúde (2021). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030*. Disponível em <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345301/9789240031029-eng.pdf?sequence=1>
- OMS-Organização Mundial de Saúde (2022). *Fact Sheet – Schizophrenia*. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- ONU-Organização das Nações Unidas (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Disponível em: <https://www.un.org/os/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Orsolini, L., Pompili, S., & Volpe, U. (2022). Schizophrenia: A Narrative Review of Etiopathogenetic, Diagnostic and Treatment Aspects. *Journal of Clinical Medicine*, 11 (17). Disponível em <https://doi.org/10.3390/jcm11175040>
- Pape, T. M. (2003). Evidence-based nursing practice: to infinity and beyond. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 34(4), 189-190. Disponível em <https://doi.org/10.3928/0022-0124-20030701-07>

- Pappa, E., Kontodimopoulos, N., Papadopoulos, A., Tountas, Y., & Niakas, D. (2013). Investigating Unmet Health Needs in Primary Health Care Services in a Representative Sample of the Greek Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 10(5), 2017-2027. Disponível em <https://doi.org/10.3390/ijerph10052017>
- Parabiaghi, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., Lasalvia, A., & Leese, M. (2006). Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 41(6), 457-463. Disponível em <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0048-0>.
- Peritogiannis, V., Gioti, P., Gogou, A., & Samakouri, M. (2020). Decrease of hospitalizations and length of hospital stay in patients with schizophrenia spectrum disorders treated in a community mental health service in rural Greece. *International Journal of Social Psychiatry* 66(7), 693-699. Disponível em <https://doi.org/10.1177/0020764020924462>
- Persram, R. J., Scirocco, A., Della Porta, S., & Howe, N. (2019). Moving Beyond the Dyad: Broadening Our Understanding of Family Conflict. *Human Development*, 63(1), 38-70. Disponível em <https://www.jstor.org/stable/26785918>
- Pinho, L. (2020). Intervenção Familiar na doença mental grave. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Coords.). *Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções* [1.ª ed.], 216-219. Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Rao, P., Grover, S., & Chakrabarti, S. (2020). Coping with caregiving stress among caregivers of patients with schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry*, 54,102219. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102219>
- Resnicow, K., Gobat, N., & Naar, S. (2015). Intensifying and igniting change talk in Motivational Interviewing: A theoretical and practical framework. *European Health Psychologist* 17(3), 102-110. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/280230476_Intensifying_and_igniting_change_talk_in_Motivational_Interviewing_A_theoretical_and_practical_framework
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., & Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, Vol. 177 (2), 149-155.

- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15. Disponível em https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Saito, Y., Sakurai, H., Kane, J. M., Schooler, N. R., Suzuki, T., Mimura, M., & Uchida, H. (2020). Predicting relapse with residual symptoms in schizophrenia: A secondary analysis of the PROACTIVE trial. *Schizophrenia Research*, 215, 173–180. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.10.037>
- SAMHSA-Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2017). *The Way Forward: Federal Action for a System That Works for All People Living With SMI and SED and Their Families and Caregivers – Full Report*. Disponível em: <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/pep17-ismicc-rtc.pdf>
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções* [1.ª ed.]. Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Shah, J. L., Scott, J., McGorry, P. D., Cross, S. P. M., Keshavan, M. S., Nelson, B., Wood, S. J., Marwaha, S., Yung, A. R., Scott, E. M., Öngür, D., Conus, P., Henry, C., & Hickie, I. B. (2020). Transdiagnostic clinical staging in youth mental health: a first international consensus statement. *World Psychiatry*, 19(2), 233-242. Disponível em <https://doi.org/10.1002/wps.20745>
- Sher, L., & Kahn, R. S. (2019). Suicide in Schizophrenia: An Educational Overview. *Medicina* 55(7): 361. Disponível em <https://doi.org/10.3390/medicina55070361>
- Smeland, O. B., Frei, O., Dale, A. M., & Andreassen, O. A. (2020). The polygenic architecture of schizophrenia – rethinking pathogenesis and nosology. *Nature Reviews Neurology*, 16(7), 366–379. Disponível em <https://doi.org/10.1038/s41582-020-0364-0>
- Sriramulu, S. B., Elangovan, A. R., Isaac, M., & Kalyanasundaram, J. R. (2022). Treatment non-adherence pattern among persons with neuropsychiatric disorders: A study from a rural community mental health centre in India. *International Journal of Social Psychiatry* 68(4), 844-851. Disponível em <https://doi.org/10.1177/00207640211008462>

- Stevens, K. R. (2013). The impact of evidence-based practice in nursing and the next big ideas. *OJIN – The Online Journal of Issues in Nursing*, 18(2):4. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23758422/>
- Stevens, K. R. (2015). *ACE Star Model of EBP: Knowledge Transformation*. The University of Texas Health. San Antonio School of Nursing. Disponível em https://www.uthscsa.edu/sites/default/files/2018/aaa_star_model_single_ppt_1.pdf
- Suresky, M. J., Zauszniewski, J. A., & Bekhet, A. K. (2014). Factors affecting disruption in families of adults with mental illness. *Perspectives in Psychiatric Care*, 50(4), 235-242. Disponível em <https://doi.org/10.1111/ppc.12047>
- Tandon, R., Nasrallah, H. A., & Keshavan, M.S. (2009). Schizophrenia, “just the facts” 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia Research*, Vol. 110, 1-23. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.03.005>
- Teglbjaerg, H. S. (2011). Art Therapy May Reduce Psychopathology in Schizophrenia by Strengthening the Patients’ Sense of Self: A Qualitative Extended Case Report. *Psychopathology*, 44(5), 314-318. Disponível em <https://doi.org/10.1159/000325025>
- Thompson, R. A., Simpson, J. A., & Berlin, L. J. (2022): Taking perspective on attachment theory and research: nine fundamental questions. *Attachment & Human Development* 24(5), 543-560. Disponível em <https://doi.org/10.1080/14616734.2022.2030132>
- Udoh, E., Omorere D. E., Sunday O., Osasu O. S., & Amoo, B. (2021). Psychological distress and burden of care among family caregivers of patients with mental illness in a neuropsychiatric outpatient clinic in Nigeria. *PloS One* 16(5). Disponível em <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250309>
- Von Kardorff, E., Soltaninejad, A., Kamali, M., & Shahrabaki, M.E. (2016). Family caregiver burden in mental illnesses: The case of affective disorders and schizophrenia – a qualitative exploratory study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(4), 248-254. Disponível em <https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1084372>
- Walker, E., McGee, R., & Druss, B. (2015). Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 334-341. Disponível em <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2110027>

- Wallwork, R. S., Fortgang, R., Hashimoto, R., Weinberger, D. R., & Dickinson, D. (2012). Searching for a consensus five-factor model of the Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenia. *Schizophrenia research*, *137* (1-3), 246-250. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.01.031>
- White, M. A., Elder, J. H., Paavilainen, E., Joronen, K., Helgadóttir, H. L., & Seidl, A. (2010). Family dynamics in the United States, Finland and Iceland. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *24*(1), 84–93. Disponível em <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00689>
- Xavier, M., Gonçalves Pereira, M., Corrêa, B. B., & Caldas de Almeida, J. M. (2002). Questionário de Problemas Familiares: Desenvolvimento da versão portuguesa de um instrumento de avaliação de sobrecarga familiar. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *3*(2), 165-177. Disponível em <https://sp-os.pt/uploads/jornal/38.pdf>
- Zedan, H. S., Bilal, L., Hyder, S., Naseem, M. T., Akkad, M., Al-Habeeb, A., Al-Subaie, A. S., & Altwaijri, Y. (2023). Understanding the burden of mental and physical health disorders on families: findings from the Saudi National Mental Health Survey. *BMJ Open*, *13*(10). Disponível em <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-072115>
- Zielasek, J., & Gaebel, W. (2018). Schizophrenie und andere primäre psychotische Störungen in ICD-11 [Schizophrenia and other primary psychotic disorders in ICD-11]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, *86*(3), 178–183. Disponível em <https://doi.org/10.1055/s-0044-101832>

LEGISLAÇÃO

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). *Diário da República*, 1.ª Série, N.º 205/1996. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205ª00/29592962.pdf>

Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro. Ministério da Saúde. *Diário da República*, 1.ª Série, N.º 19/2010. Disponível em <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2010/01/01900/0025700263.pdf>

Decreto-Lei n.º 115/2013, de 7 de agosto. Ministério da Educação e Ciência. *Diário da República*, 1.ª Série, N.º 151/2013. Disponível em <https://files.dre.pt/1s/2013/08/15100/0474904772.pdf>

Lei Constitucional n.º 1/2005, de 12 de agosto. Sétima revisão constitucional. Assembleia da República. *Diário da República*, Série I-A, N.º 155/2005, 4642-4686. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei-constitucional/1-2005-243729>

Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. Lei de Bases da Saúde. *Diário da República* 1.ª série, N.º 169/2019. Disponível em <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>

Lei n.º 35/2023, de 21 de julho. Lei da Saúde Mental. *Diário da República* Série I, N.º 141(2023). Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/35-2023-215980339>

Lei n.º 8/2024, de 19 de janeiro. Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, Série I, N.º 14/2024, 57-75. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/8-2024-837135328>

- ANEXOS -

ANEXO I – MÉTODO CASP



CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a **Systematic Review**

How to use this appraisal tool: Three broad issues need to be considered when appraising a systematic review study:

- ▶ Are the results of the study valid? (Section A)
- ▶ What are the results? (Section B)
- ▶ Will the results help locally? (Section C)

The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

About: These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA 'Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

Referencing: we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Systematic Review) Checklist. [online] Available at: URL. Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> www.casp-uk.net

Critical Appraisal Skills Programme (CASP) part of OAP Ltd www.casp-uk.net

Paper for appraisal and reference:

Section A: Are the results of the review valid?

1. Did the review address a clearly focused question?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: An issue can be 'focused' in terms of

- the population studied
- the intervention given
- the outcome considered

Comments:

2. Did the authors look for the right type of papers?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: 'The best sort of studies' would

- address the review's question
- have an appropriate study design (usually RCTs for papers evaluating interventions)

Comments:

Is it worth continuing?

3. Do you think all the important, relevant studies were included?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for

- which bibliographic databases were used
- follow up from reference lists
- personal contact with experts
- unpublished as well as published studies
- non-English language studies

Comments:

4. Did the review's authors do enough to assess quality of the included studies?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: The authors need to consider the rigour of the studies they have identified. Lack of rigour may affect the studies' results ("All that glitters is not gold" Merchant of Venice – Act II Scene 7)

Comments:

5. If the results of the review have been combined, was it reasonable to do so?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- results were similar from study to study
- results of all the included studies are clearly displayed
- results of different studies are similar
- reasons for any variations in results are discussed

Comments:

Section B: What are the results?

6. What are the overall results of the review?

HINT: Consider

- if you are clear about the review's 'bottom line' results
 - what these are (numerically if appropriate)
- how were the results expressed (NNT, odds ratio etc.)

Comments:

7. How precise are the results?

HINT: Look at the confidence intervals, if given

Comments:

Section C: Will the results help locally?

8. Can the results be applied to the local population?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- the patients covered by the review could be sufficiently different to your population to cause concern
- your local setting is likely to differ much from that of the review

Comments:

9. Were all important outcomes considered?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- there is other information you would like to have seen

Comments:

10. Are the benefits worth the harms and costs?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- even if this is not addressed by the review, what do you think?

Comments:

Fonte: Critical Appraisal Skills Programme. (s.d.). CASP

ANEXO II - DIFERENTES ESTÁDIOS MOTIVACIONAIS DECORRENTES DA EM

Estádios motivacionais e respetivas intervenções	
Pré-contemplação	<p>Características: Não existe consciência do problema, a pessoa não considera a possibilidade de mudança Racionaliza de um modo muito característico o comportamento problemático Retém seletivamente consequências positivas do próprio comportamento e desvaloriza as negativas</p> <p>Intervenções: Estabelecer relação de confiança Fornecer informação pertinente, sensibilizar para o problema Mostrar preocupação e manter a porta aberta</p>
Contemplação	<p>Características: Pessoas mais abertas a experiências emocionais Ambivalência</p> <p>Intervenções: Ajudar a analisar os prós e contras da mudança (balança da decisão) Promover um desequilíbrio entre argumentos ambivalentes Reforçar a autoeficácia da pessoa para mudar o seu comportamento atual Enfatizar a liberdade de escolha, responsabilidade e autoeficácia para a mudança Sumarizar afirmações automotivadoras</p>
Preparação	<p>Características: Janela de oportunidade para a mudança durante um determinado período de tempo Se entrar num estágio de ação, o processo de mudança prossegue; caso contrário, regressará ao estágio de contemplação</p> <p>Intervenções: Clarificar os objetivos e estratégias de mudança do utente Oferecer um menu de opções para a mudança; negociar um plano de mudança – plano e contrato de mudança; determinar as barreiras à mudança; apoiar na procura de redes de suporte; explorar expectativas do tratamento</p>
Ação	<p>Características: Período em que a pessoa tem intenção de mudar Acredita que tem autonomia para alterar a sua vida em áreas-chave</p> <p>Intervenções: Analisar estratégias de mudança (aceitáveis, acessíveis e apropriadas) Dar suporte a mudança realista através de pequenos passos Ajudar a identificar situações de risco Desenvolver um plano de urgência Manter contacto</p>
Manutenção	<p>Características: Consolidação da mudança Evitar recaída</p> <p>Intervenções: Manter as mudanças alcançadas Reforçar as vantagens percebidas das mudanças Prevenir recaídas</p>
Recaída	<p>Características: Inerente a todo o processo de mudança Avanços e retrocessos no ciclo de mudança são comuns antes de se solidificarem os novos padrões</p> <p>Intervenções: Ultrapassar rapidamente o deslize ou a recaída e reiniciar o processo Explorar o significado da recaída e apresentar como uma oportunidade de aprendizagem Ajudar a pessoa a descobrir mecanismos de <i>coping</i> alternativos</p>

Fonte: Sequeira & Sampaio (2020, p. 99)

**ANEXO III- CERTIFICADOS DE PARTICIPAÇÃO EM CONGRESSOS E AÇÕES DE
FORMAÇÃO**



Certificado

A ARIS da Planície – Associação para a Promoção da Saúde Mental certifica que

Ava Carina Madeira

participou no X Encontro da Saúde Mental do Baixo Alentejo nos dias 12 e 13 de outubro de 2023 em Beja.

Paulo Barbosa
ARIS da Planície
(Presidente da Direção)



CERTIFICADO

Certifica-se que, _____ Ana Carina Madeira _____
participou no "RECOVERY Summit - II Congresso Internacional RECOVERY Portugal 2023": organizado
pela RECOVERY IPSS, em colaboração com o Município de Barcelos e a World Federation for Mental
Health, tendo decorrido a 1 e 2 de dezembro de 2023.



Miguel Durães
Presidente de Direção da RECOVERY IPSS

ORGANIZAÇÃO



ALTO PATROCÍNIO



MAIN SPONSOR



Certificado

Para os devidos efeitos certifica-se que

ANA CARINA MADEIRA

frequentou o XIV Congresso Internacional d'A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, subordinado ao tema "Saúde Mental: uma prioridade para todos", realizado de 19 a 20 de Outubro de 2023 em Évora, Portugal, com a duração de 16 (dezasseis) horas.

Porto, 20 de Outubro de 2023

P'la Comissão Científica



O Presidente do Congresso



**A SOCIEDADE PORTUGUESA
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL**
(Diário da República II Série n.º 174 de 10.09.2007)
www.aspesm.org



CERTIFICADO

Certifica-se que **Ana Carina Madeira** participou no **Congresso Internacional “A Criança no Mundo Hoje e Amanhã”**, organizado pelos Docentes, Colaboradores em Ensino Clínico e Discentes do 8º. CMESIP e 12º CPLEESIP da Escola Superior de Saúde de Viseu, que se realizou de modo híbrido, presencialmente no Auditório Carlos Pereira da Escola Superior de Saúde de Viseu e on-line na plataforma colibri/zoom no dia 01 de junho de 2023.

Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Total de horas de formação: 7 (sete) horas

O evento foi acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de Qualificação Profissional, com a atribuição de 0,35 Créditos de Desenvolvimento Profissional.

[Certificado de Acreditação](#)

Viseu, 13 de junho de 2023

O Presidente da
Escola Superior de Saúde de Viseu,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Daniel Silva', written over a horizontal line.

Prof. Doutor Daniel Silva

A Presidente do
Conselho Técnico-Científico,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Cláudia Balula Chaves', written over a horizontal line.

Prof. Doutora Cláudia Balula Chaves



CERTIFICADO

Certifica-se que **Ana Carina Madeira** participou no workshop **Mindfulness na Parentalidade** realizado no **Congresso Internacional “A Criança no Mundo Hoje e Amanhã”**, organizado pelos Docentes, Colaboradores em Ensino Clínico e Discentes do 8º. CMESIP e 12º CPLEESIP da Escola Superior de Saúde de Viseu, que se realizou presencialmente na sala **3** da Escola Superior de Saúde de Viseu no dia 31 de maio de 2023, entre as 16:00 e as 18:00 horas.

Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu.

O evento foi acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de Qualificação Profissional, com a atribuição de 0,35 Créditos de Desenvolvimento Profissional.

[Certificado de Acreditação](#)

Viseu, 13 de junho de 2023

O Presidente da
Escola Superior de Saúde de Viseu,

Prof. Doutor Daniel Silva

A Presidente do
Conselho Técnico-Científico,

Prof. Doutora Cláudia Balula Chaves





Conferimos o presente certificado:

ANA CARINA MADEIRA

por sua participação no **V Congresso Online Internacional: Boas Práticas em Saúde Mental**, promovido pelo **CENAT** (Centro Educacional Novas Abordagens Terapêuticas), realizado online.

21, 22 e 23 de março de 2024

Carga horária: 30 horas

Pablo Felipe S Valente
Coordenador Nacional

Paul Baker
Coordenador Internacional

REALIZAÇÃO:

CENAT

APOIO:





CERTIFICADO

Certifica-se que Ana Madeira participou na Aula Aberta **Criança e Jovem em Situação de Especial Complexidade: Realidade(s) e Desafios na Investigação Nacional e Internacional**, que decorreu online, no dia 14 de março de 2024, com a duração de 3 horas.

A Coordenadora do Gabinete de
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

CERTIFICADO

Certificamos que **Ana Carina Madeira**, participou com êxito do evento Saúde Mental: Pesquisa, Ensino e Intervenção Psicossocial em Comunidades Específicas realizado em 10/10/2023, na cidade de Rio de Janeiro, contabilizando carga horária total de 8 horas.

Rio de Janeiro, 10/10/2023



Prof. Dr. Paulo Alves

Representante do Núcleo Académico da Psicologia (NAP)
Rede Académica de Ciências da Saúde na Lusofonia (RACS)



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

ANA CARINA SABINO MADEIRA

membro nº **70213** desta Ordem, esteve presente no Webinar dinamizado pela Secção Regional da Madeira da Ordem dos Enfermeiros: "**As Perturbações do Comportamento Alimentar e Sexualidade. Focos de atenção do EESMP**", no dia **9 de Outubro de 2023**, com duração total de **2H00**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Funchal, 9 de Outubro de 2023

Presidente do Conselho Directivo Regional

Nuno Miguel Sé Neves

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

ANA CARINA SABINO MADEIRA

membro nº **70213** desta Ordem, participou no(a) "**Webinar Inovação e Tecnologia**", realizado no dia **27 de Setembro de 2023**, com duração total de **2 horas**. no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Coimbra, 27 de Setembro de 2023

Presidente do Conselho Directivo Regional

Ricardo Correia de Matos

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

ANA CARINA SABINO MADEIRA

membro nº **70213** desta Ordem, participou no(a) "**Webinar A Intervenção Especializada de ESMP nos Comportamentos Aditivos e Dependências**", realizado no dia **20 de Junho de 2023**, com duração total de **1 hora e 30 minutos**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Lisboa, 20 de Junho de 2023

P¹ A Bastonária

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo²

¹Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.

²Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

ANA CARINA SABINO MADEIRA

membro nº **70213** desta Ordem, participou no(a) "**Enfermagem Às Quintas - Organização dos Serviços de Saúde Mental nas ULS**", realizado no dia **21 de Setembro de 2023**, com duração total de **2h**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Porto, 21 de Setembro de 2023

O Presidente do Conselho Directivo Regional do Norte

João Paulo Marques de Carvalho

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

ANA CARINA SABINO MADEIRA

membro nº 70213 desta Ordem, participou no(a) "Rumo ao Futuro: A importância da Promoção da Saúde Mental em Crianças e Adolescentes", realizado no dia 19 de Setembro de 2023, com duração total de 2 horas, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Coimbra, 19 de Setembro de 2023

Presidente do Conselho Directivo Regional



Ricardo Correia de Matos

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,35 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

ANA CARINA SABINO MADEIRA

membro nº **70213** desta Ordem, participou no(a) "**Webinar - Competência Acrescida Avançada em Psicoterapia: Oportunidades Formativas_MCEEC**", realizado no dia **18 de Setembro de 2023**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Lisboa, 18 de Setembro de 2023

P¹ A Bastonária

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo¹

¹Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redacção da Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro.

- APÊNDICES -

- APÊNDICE I -



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**DINÂMICA RELACIONAL FAMILIAR NO PÓS-
ALTA HOSPITALAR DO DOENTE MENTAL GRAVE
- UM ESTUDO DE CASO**

Ana Carina Madeira

Orientação: Professora Ana Paula Banza Zarcos

Mestrado em Enfermagem

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

ÍNDICE

I. Introdução	125
II. Enquadramento Teórico	126
2.1- O Processo de Recuperação da pessoa com DMG.....	126
2.2- Modelo de atuação do Terapeuta de Referência	130
2.3- Prevenção de Recaída	138
III. Estudo de Caso.....	141
3.1- Descrição do Caso	141
3.2- Colheita de Dados	144
3.3- Exame Mental	180
3.4- Mecanismos de Adaptação	151
3.5- Atividades Desenvolvidas	156
IV. Discussão	172
4.1- Indicadores NOC	172
4.2- Reformulação de Ação Perante Indicadores NOC	182
V. Considerações Finais	191
Referências Bibliográficas	193
Anexos	194
Anexo A – Questionário CAN	195
Anexo B – Autorização da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde onde decorreram os Estágios ...	217
Anexo C – Guidelines para Aplicação do Modelo de Sistemas de Neuman	219
Apêndice A – Autorização e Resultados pós-aplicação do Questionário FQP	221
Apêndice B – Consentimentos Informados	243
Apêndice C – Questionário de Obtenção de Dados Demográficos	245
Apêndice D – Plano Semanal Ocupacional sugerido ao utente.....	247
Apêndice E – Reflexologia como Terapia Complementar em Saúde Mental – Instrução de Trabalho, seu consentimento informado e Questionário de Satisfação para a Terapia Complementar	248
Apêndice II – Cronograma de Atividades do Estágio I e Estágio Final	253
Apêndice III- Questionário de Satisfação à Cuidadora.....	254

LISTA DE ABREVIATURAS/ SIGLAS/ ACRÓNIMOS

ACSS-Administração Central do Sistema de Saúde

AHRQ- The Agency for *Healthcare* Research and *Quality*

APA - American Psychiatric Associatio

AS- Autoridade de Saúde

AVD- Atividades de Vida Diária

BN – Betty Neuman

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNPSM - Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental

CNS - Conselho Nacional de Saúde

Cód- Código

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DL – Decreto-Lei

DM – Doente Mental/ Doença Mental

DMG- Doente Mental Grave

DSM – Departamento de Saúde Mental

EC- Estudo de Caso

ECSM- Equipa Comunitária de Saúde Mental

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EE- Enfermeiro Especialista

EM – Entrevista Motivacional

EUA- Estados Unidos da América

FC- Frequência Cardíaca

FQP –Questionário de Problemas Familiares

HD – Hospital de Dia

ICN – International Council of Nurses

IEFP – Instituto do Emprego e Formação Profissional

MC- Modificação do Comportamento

NOC –Nursing Outcomes Classification

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Pequeno-almoço

PIC – Plano Individual de Cuidados

RDP - «Revolving Door Phenomenon».

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RTA - Residência de Treino de Autonomia

SIC – segundo informação do cliente

SIP – segundo informação do profissional

SM – Saúde Mental

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SUB- Serviço de Urgência Básica

TA- Tensão Arterial

TC- Terapia Complementar

TEMP- Temperatura

TR- Terapeuta de Referência

USO – Unidade Sócio-ocupacional

1. INTRODUÇÃO

O presente Estudo de Caso foi conduzido durante o Estágio Final do Mestrado em Enfermagem, Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, realizado no serviço de ECSM (Equipa Comunitária de Saúde Mental), entre setembro de 2023 e fevereiro do corrente ano.

Em colaboração com a Enfermeira Orientadora, foi escolhida uma família para estudo, com foco na implementação de uma Intervenção Familiar para um doente com diagnóstico de Esquizofrenia desde 2018. Os cuidados tiveram início após a pessoa ter recebido alta do Hospital de Dia do Departamento de Saúde Mental, sendo que se antecedeu o seu internamento no serviço de agudos do mesmo departamento. É relevante destacar que o doente continuou a receber tratamento em regime ambulatorio involuntário, em conformidade com o Decreto-Lei n.º 35/23 de 21 de julho, referente à Lei da Saúde Mental. O objetivo principal foi aprofundar o conhecimento sobre a recuperação do Doente Mental Grave (DMG) em estreita perceção da dinâmica familiar existente, permitindo a formulação de diagnósticos que permitiam a recuperação do utente coletivo família.

Respeitando a confidencialidade dos dados, conforme estabelecido no Código Deontológico dos Enfermeiros, pelo artigo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril, alterado pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, no seu artigo 106, alínea c, a pessoa alvo de cuidados e sua família não foram identificados pelo seu nome, nem foram revelados dados susceptíveis à sua identificação. As intervenções de enfermagem foram planeadas e implementadas com base na metodologia de Gestão de Caso, utilizando para o efeito, registos clínicos, pesquisa bibliográfica, instrumentos psicométricos e instrumentos de colheita de dados (FQP – Questionário de Problemas Familiares e CAN R 2.0 – Questionário de Avaliação de Necessidades de *Camberwel*).

No enquadramento teórico que fundamenta a intervenção escolhida, abordamos temáticas fundamentais, como o processo de recuperação da funcionalidade no DMG, que engloba o Modelo de Recuperação Pessoal em Saúde Mental («The Recovery Model») e o Modelo de Atuação pela tomada de ação do Terapeuta de Referência [TR] e Prevenção da Recaída no DMG. Esses elementos foram considerados termos-chave que orientaram a prática clínica.

Para embasar essa abordagem, realizamos uma conexão com o Paradigma de Enfermagem Sistémica, utilizando o Modelo de Sistemas por Betty Neuman (1972).

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 O Processo de Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave – «*The Recovery Model*»

A Doença Mental Grave (DMG), caracteriza-se pela existência de perturbação mental, comportamental e/ou emocional significativas, resultando em sérios prejuízos funcionais, afetando substancialmente pelo menos uma atividade da vida, como a vida profissional, familiar ou comunitária. Druss *et al.* (2018).

A análise abrangente desta condição requer a compreensão de que o seu impacto vai além das dimensões clínicas, estendendo-se para áreas como sociais e redes de apoio. Destaca-se a importância crucial do papel desempenhado pelas famílias cuidadoras, cuja atuação é vital. A DMG representa um desafio significativo no processo de Gestão da Doença. Essa complexidade é particularmente acentuada para adultos que residem na comunidade e lidam com a DMG, sendo impactados pela existência de um sistema de saúde público muitas vezes sobrecarregado, causando resultados menos favorecedores para a saúde da pessoa afetada. (Fekadu *et al.*, 2019; Zabeen *et al.*, 2021).

É nesse sentido que pretendemos abordar o conceito de Processo de Recuperação em Saúde Mental («*The Recovery Model*»). A abordagem de cuidados proposta pelo modelo, transcende a gestão de sintomas. O conceito de recuperação nesta conceção prioriza a promoção da autonomia e funcionalidade, destacando-se pela importância dada à própria pessoa enquanto agente ativo do seu próprio processo de recuperação, responsabilização e gestão do seu projeto terapêutico. (OE, 2021).

Este Modelo tem por base quatro domínios da recuperação pessoal, conforme se ilustra abaixo:

Figura I – Os Quatro Domínios da Recuperação Pessoal



Adaptado de CNPSM (2011)

A pessoa com DMG apresenta uma diversidade de necessidades e aspirações nas áreas vocacionais, educacionais, sociais, entre outras. Essas diferentes necessidades deram origem progressiva à construção desta conceção de cuidados. O paradigma da recuperação estabelece assim uma abordagem positiva para o bem-estar da saúde mental, permitindo que pessoas diagnosticadas com perturbações mentais crónicas sejam capazes de construir vidas o mais independentes, funcionais e reintegradas, apesar da existência de sintomatologia inerente à sua condição de doença. (Martinelli e Ruggeri, 2020).

Abaixo descrevem-se os princípios fundamentais presentes neste tipo de abordagem de cuidados.

Quadro I - Princípios-chave pela abordagem «The Recovery Model»

- *Desenvolver cuidados centrados na pessoa com o objetivo de ajudar a pessoa a viver uma vida significativa;*
- *Promover a esperança e facilitar a autodeterminação na pessoa com DM;*
- *Implementar práticas uniformizadas nas instituições de saúde mental*
- *Esforçar-se para obter uma compreensão adequada das motivações, preferências e vontades da pessoa com DM;*
- *Promover apoio nas escolhas pessoais;*

- *Mostrar um espírito de interajuda, revelando capacidade para o estabelecimento de uma parceria, na qual o profissional aprende novas formas de trabalhar junto do doente para o apoiar na busca dos seus objetivos e alcançar resultados tanto de saúde quanto sociais;*
- *Facilitar o acesso a serviços que permitam a continuidade do seu tratamento e recuperação;*
- *Avaliar necessidades;*
- *Predispor planos terapêuticos abrangentes;*
- *Beneficiar das suas habilidades especializadas e conhecimentos para promover a gestão de problemas múltiplos e complexos em todas as áreas que provavelmente terão um efeito nos resultados, como por exemplo finanças, moradia, emprego e integração social.*

Fonte: Martinelli & Ruggeri (2020)

Nos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, a atuação profissional é fundamentada pela aquisição das suas competências específicas, conforme emanado pelo Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. (Diário da República, 2ª série, n.º 151, 2018, artigo 4º). Entre as quais, destaca-se o papel do EEESMP na promoção do potencial máximo de saúde da pessoa com Doença Mental. As competências específicas permitem que o EEESMP ajude a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a sua saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto. Conforme delineado na alínea F3.2.2 do Anexo ao Decreto, no qual se destaca a competência acrescida do EEESMP em identificar, descrever e monitorizar resultados clínicos individualizados para o cliente, relacionados com seu comportamento para determinar a efetividade do plano de cuidados e ganhos em Saúde Mental. (OE, 2018)

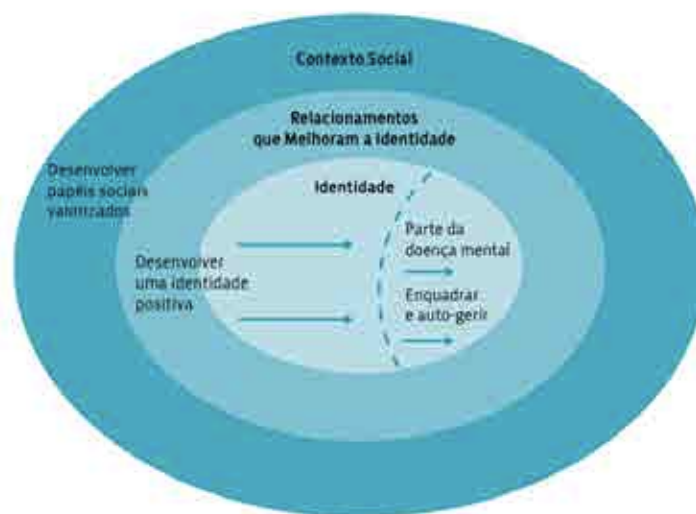
O supracitado evidencia a abordagem centrada nas necessidades da pessoa, prática fundamental assumida pelo modelo de recuperação pessoal, que é também assumida na linha de atuação das competências acrescidas do EEESMP. O enfermeiro assim, enquanto Terapeuta, atua dotando o indivíduo de uma participação ativa no processo de cuidados, capacitando-o a gerir a sua própria saúde, compreendendo as suas problemáticas e desempenhando um papel ativo no seu próprio projeto terapêutico. No que tange à estratégia de intervenção na recuperação de indivíduos com DMG, o Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave da OE (2021), enfatiza a necessidade de uma abordagem prática integrada na comunidade.

Este «setting» proporciona as condições ideais para facilitar a reabilitação e a inserção social, evitando o distanciamento do indivíduo do seu lar, família e comunidade. O documento

ressalta a importância de equilibrar os serviços hospitalares com serviços centrados na comunidade, reconhecendo a necessidade de ambos. No entanto, destaca-se a orientação predominante para o desempenho de cuidados comunitários, recorrendo-se aos serviços hospitalares apenas quando necessário e pelo menor período possível. O cuidado à pessoa com doença mental deve ser direcionado para promover a sua integração na sociedade, implementando, práticas que estimulem os processos de «empowerment» (empoderamento) e «recovery» (recuperação). (OE, 2021)

Em resumo, a figura abaixo permite ilustrar o Modelo de Recuperação Pessoal em Saúde Mental e as suas tarefas empreendidas no decorrer do seu processo. As setas indicam que a recuperação pessoal envolve a minimização do impacto da doença mental e a majoração do seu bem-estar (ao permitir o desenvolvimento de uma identidade positiva, papéis sociais valorizados e relacionamentos interpessoais).

Figura II – Modelo da Recuperação Pessoal em Saúde Mental,



Slade (2009), citado por Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental (CNPSM, 2011)

2.2 Modelo de Atuação do Terapeuta de Referência

A Saúde Mental [SM], é fundamental para um desenvolvimento equilibrado ao longo da vida, desempenhando um papel crucial nas relações interpessoais, vida familiar, integração social, participação comunitária e económica. Vai além da mera ausência de doença mental, sendo uma parte indispensável do bem-estar e eficiente funcionamento individual. Envolve a capacidade de adaptação a mudanças, enfrentamento de crises, estabelecimento de relações satisfatórias e busca de significado na vida. Almeida e Xavier, (2013).

Embora todas essas premissas sejam uma condição «sine qua non», os últimos dados obtidos demonstram que existe ainda uma subvalorização das condições que contribuem para a cobertura adequada dos cuidados na área da saúde mental e psiquiatria em Portugal.

É documentado pelo Conselho Nacional de Saúde, [CNS] (2019) que os recursos humanos em saúde mental têm uma distribuição muito assimétrica, com escassez de pessoal em algumas regiões do país, sobretudo profissionais não-médicos, essenciais à constituição das equipas multidisciplinares em saúde mental, sendo referido ser necessário expandir rapidamente as respostas nesta área, orientadas pelos princípios da universalidade e equidade.

O *Plano de Ação em Saúde Mental 2013-2020* da OMS delineou os seguintes princípios fundamentais da abordagem da saúde mental:

1. Cobertura Universal de Saúde: independentemente da idade, sexo, estatuto socioeconómico, raça, etnia ou orientação sexual, e seguindo o princípio da equidade, as pessoas com perturbações mentais devem ter acesso, sem risco de esforço financeiro, a serviços de saúde e sociais essenciais que lhes permitam recuperar o mais alto padrão de saúde atingível;
2. Direitos humanos: as estratégias, ações e intervenções para tratamento, prevenção e promoção em saúde mental devem estar de acordo com a Convenção dos Direitos das Pessoas com Incapacidade;
3. Prática baseada na evidência: as estratégias, ações e intervenções para tratamento, prevenção e promoção em saúde mental devem basear-se no conhecimento científico e/ou nas melhores práticas, tendo em consideração aspetos culturais;

4. Abordagem ao longo do ciclo de vida: as políticas, planos e serviços de saúde mental devem ter em consideração as necessidades de saúde e sociais em todos os momentos do ciclo de vida, incluindo a primeira infância, infância, adolescência, vida adulta e idade avançada;
5. Abordagem multissetorial: uma resposta abrangente e coordenada em saúde mental requer parcerias com múltiplos setores públicos, (tais como saúde, educação, emprego, justiça, habitação, segurança social) e com os setores privado e social, conforme apropriado à situação de cada país;
6. Capacitação das pessoas com perturbação mental e incapacidade psicossocial: as pessoas com perturbação mental e incapacidade psicossocial devem ser capacitadas e envolvidas em ativismo, definição de políticas, planeamento, produção legislativa, prestação de serviços, monitorização, investigação e avaliação (OMS, 2013).

Suplementarmente são enunciados ainda três objetivos principais, alinhados com os princípios orientadores supracitados:

- Objetivo 1: Fortalecer uma liderança efetiva e governação para a saúde mental;
- Objetivo 2: Prestar serviços sociais e de saúde mental abrangentes, integrados e responsáveis em contextos comunitários;
- Objetivo 3: Implementar estratégias de promoção e prevenção em saúde mental.
(OMS, 2013)

A importância da promoção da saúde mental encontra-se evidenciada pelas principais estratégias e planos de ação de saúde mental, tanto a nível internacional como em Portugal. Porém, a nível nacional, as intervenções na área da promoção da saúde mental são ainda feitas de forma isolada, não sendo sustentadas no tempo e carecendo de uma abordagem integrada que assegure uma maior equidade (CNS, 2019).

Um exemplo que enaltece esse constrangimento é o caso da criação das tipologias do setor social e da saúde integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, regido pelo Decreto-Lei nº 22/2011 de 10-02-2011. Este tipo de resposta que visa dar resposta a pessoas com problemas de saúde mental, contempla a existência de estruturas reabilitativas psicossociais, respondendo a situações de pessoas com vários graus de

incapacidade psicossocial e de dependência decorrentes de doença mental grave. Para os adultos, no que diz respeito a pessoas com moderado e reduzido grau de incapacidade psicossocial, clinicamente estabilizadas, mas com disfuncionalidades na área relacional, ocupacional e de integração social existem dentro do leque de tipologias , duas do tipo não residenciais, designadas de Residência de Treino de Autonomia, [RTA] e Unidade Sócio Ocupacional, [USO] (ACSS, 2022).

Cada tipologia tem como funções as que abaixo se descrevem:

- RTA - Residência de Treino de Autonomia:


Unidade residencial, localizada preferencialmente na comunidade, destinada a desenvolver programas de reabilitação psicossocial para pessoas com moderado e reduzido grau de incapacidade psicossocial, estabilizadas clinicamente e que conservam alguma funcionalidade. Tem por finalidade a reintegração social e familiar das pessoas com incapacidade psicossocial, preparando-as para o regresso ao domicílio ou, em caso de ausência de suporte familiar ou social adequado, para a admissão em outras unidades e equipas.

- USO - Unidade Sócio Ocupacional:

Unidade localizada na comunidade, em espaço físico próprio, sendo destinada a pessoas com moderado e reduzido grau de incapacidade psicossocial, clinicamente estabilizadas, mas com disfuncionalidades na área relacional, ocupacional e de integração social.

Conforme evidenciado, embora teoricamente essas tipologias ofereçam condições ideais para atender às necessidades de integração sócio-ocupacional de pacientes mentais, a pesquisa no site governamental revelou que, até a última atualização em 30 de novembro de 2023, a listagem das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI] reflete uma oferta muito limitada em todo o país. Como ilustrado nas imagens III e IV, para a tipologia RTA, apenas quatro instituições estão disponíveis, enquanto que para a tipologia USO, existem apenas sete infraestruturas em território português, com destaque com destaque a inexistência deste tipo de estrutura na região do Alentejo (ACSS, 2022).

Figura III - Listagem de Unidades RTA disponíveis em Portugal



Região	Tipolog	Lotação	Concelho	Distrito
LVT	RTA	7	Sintra	LISBOA
LVT	RTA	12	Lisboa	LISBOA
Centro	RTA	6	Fundão	CASTELO BRANCO
Centro	RTA	12	Penela	COIMBRA

Lista atualizada a 30 de novembro de 2023 (ACSS, 2023)

Figura IV– Listagem de Unidades USO disponíveis em Portugal



Região	Tipolog	Lotação	Concelho	Distrito
Centro	USO	30	Coimbra	COIMBRA
Norte	USO	25	Porto	PORTO
Norte	USO	30	Porto	PORTO
Centro	USO	30	Oliveira de Frades	UISEU
Algarve	USO	20	Olhão	FARO
Algarve	USO	20	Silves	FARO
Centro	USO	26	Albergaria-A-Velha	Aveiro

Lista atualizada a 30 de novembro de 2023 (ACSS, 2023)

Considerando o exposto, reforça-se a afirmação do CNS (2019) que destaca a saúde mental como um ativo crucial para o bem-estar da população e para o desenvolvimento económico e social dos países. No entanto, persistem desafios significativos que têm sido postergados, uma vez que a saúde mental não tem recebido a devida prioridade nas políticas de saúde e nas preocupações da comunidade, a nível nacional.

Analisando as considerações acima, observa-se que a reabilitação de indivíduos com DMG enfrenta uma lacuna na continuidade dos cuidados na comunidade. Após a alta institucional, estas pessoas ainda requerem de uma manutenção de cuidados pelas equipas multidisciplinares de SM. O status socio-ocupacional de pessoas legalmente incapacitadas, que não podem receber remuneração em regime laboral regular é limitada. Nesse contexto, destaca-se a

relevância das equipas comunitárias de SM, particularmente destacando-se a presença de um TR (CNS, 2019).

O TR ou Gestor de Caso, um profissional de saúde com conhecimentos especializados em saúde mental e psiquiatria, desempenha um papel crucial na equipa multidisciplinar comunitária ao ser designado para gerir integralmente o projeto terapêutico do paciente. (De Luca *et al.*, 2022).

Este enfoque no papel do TR como gestor de caso ganha ainda mais relevância à luz da Resolução da Assembleia da República nº 213/2017, que destaca a imperativa necessidade de expansão das respostas do Serviço Nacional de Saúde (SNS) na área da SM em Portugal. A alínea e) do ponto 2 dessa resolução, conforme registrado no Diário da República em 2017, explicitamente sublinha a importância da criação ou fortalecimento de equipas multidisciplinares e terapeutas de referência. Dessa forma, a nomeação do TR como gestor de caso, emerge como uma estratégia alinhada com as diretrizes para aprimorar as intervenções em saúde mental no âmbito do SNS.

O Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave, publicado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) em 2021, enfatiza que os Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP) são profissionais qualificados para assumir o papel de gestor de caso. Os enfermeiros possuem conhecimentos clínicos que lhes permitem adotar uma abordagem holística no cuidado, defendendo os direitos das pessoas. Além disso, destacam-se por possuir um amplo conhecimento sobre os papéis desempenhados pelos outros profissionais de saúde, facilitando a articulação eficaz de ações em conjunto com esses profissionais (OE, 2021).

Na DMG, torna-se evidente que, especialmente nos quadros de esquizofrenia, são muito comuns, extensas e persistentes as perturbações na capacidade de autocuidado, devido à natureza psicótica da doença e também ao facto de se manifestar no final da adolescência e início da idade adulta, assim comprometendo seriamente todo um conjunto de aprendizagens que normalmente são feitas durante esse período, e que visam a autonomização do indivíduo, através da sua formação escolar e profissional, e também do estabelecimento de outros tipos de interações sociais e novos relacionamentos para além da família de origem (Brito, 2018).

Assim, o surgimento do TR em diversos países é uma resposta dos sistemas de saúde ao desafio específico apresentado por este grupo significativo de utentes, sobretudo doentes psicóticos crónicos e adultos jovens. Esta população, apesar de ter acesso a redes de serviços

médicos, sociais e comunitários, muitas vezes não usufrui desses recursos devido ao desconhecimento ou incapacidade para utilizá-los, resultado da sua patologia (Marques-Teixeira *et al.*, 2005, citado por Brito, 2018).

Na implementação da abordagem de intervenção pelo Gestor de Caso, cada utente é atribuído a um TR, cuja responsabilidade é atuar nos eixos de maior fragilidade do doente, garantir o acesso aos serviços disponíveis e coordenar a atuação dos restantes profissionais. A atuação do TR não é considerada uma forma de tratamento, mas sim uma organização dos cuidados destinada a manter as pessoas com doença mental grave em contato com os serviços, reduzindo internamentos e melhorando os resultados de saúde (Alonso & Pérez Fernández, 2007; CNSM, 2009; Wright-Berryman *et al.*, 2011; Chang *et al.*, 2013, citado por Brito, 2018).

Os seguintes mencionados são considerados os princípios principais (como «main focus») na Gestão de Caso:

- Proporcionar ao paciente um único ponto de contato com o sistema de serviços de saúde.

(O TR assume a responsabilidade de coordenar o cuidado ao doente que recebe serviços de diversas áreas, especialidades ou instituições. Esse enfoque substitui um processo desordenado de encaminhamentos por um serviço único e mais bem estruturado.)

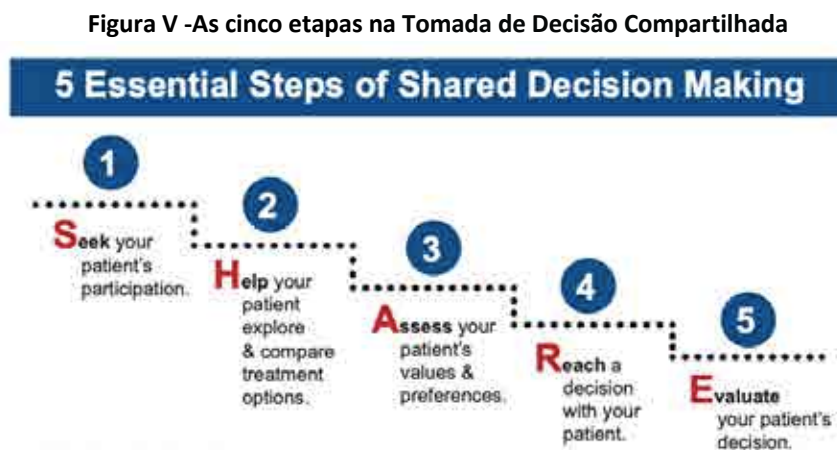
- Permitir a personalização no cuidado.

(É centrado no paciente. Destaca-se o direito de cada paciente à autodeterminação. O Gestor de Caso está familiarizado com as experiências e o mundo do paciente, utilizando esse entendimento para identificar potenciais stressores e antecipar necessidades. O Gestor de Caso trabalha de maneira próxima com o paciente para estabelecer metas razoáveis e auxilia a pessoa a aceder aos serviços e entidades de forma mais apropriada).

(SAMHSA, 2021)

Abordando a Tomada de Decisão Compartilhada, destaca-se este como um componente fundamental do processo de cuidados. Esta prática visa facilitar discussões informadas, significativas e colaborativas entre pessoas em tratamento e recuperação e os profissionais de saúde. A Agência Federal de Pesquisa e Qualidade em Saúde (AHRQ, 2023) dos Estados Unidos desenvolveu um processo de cinco etapas para a tomada de decisão compartilhada, conforme detalhado abaixo (Figura V).

A Tomada de Decisão Compartilhada é um componente fundamental do processo de cuidados, facilitando um consentimento informado e uma comunicação assertiva e colaborativa entre o doente em recuperação e o profissional de saúde.



Fonte: AHRQ (2023)

Pelo exposto, considera-se que o perfil de atuação a ser desenvolvido pelo EEESMP enquanto TR inclui diversos tipos de intervenção: em consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, em intervenção domiciliar, no internamento, em HD, em ações psicoeducacionais individuais, familiares, intervenções realizadas em estruturas da comunidade, em intervenções psicoterapêuticas individuais e/ou familiares. O tipo de intervenção a ter, depende do projeto individual de cada pessoa e é construído de acordo com as necessidades identificadas/sentidas em cada contexto sociofamiliar e comunitário existente. O enfermeiro EEESMP poderá assumir um dos modelos de Gestor de Caso estudados ou fundamentados, ou poderá simplesmente absorver capacidades e formas de atuação mistas, ou seja, absorver

práticas cientificamente válidas de vários modelos. O Quadro abaixo permite sintetizar as intervenções do EEESMP perante a metodologia de Terapeuta de Referência (OE,2021).

Quadro II - Atuação do EEESMP perante a metodologia de TR

Investiga o contexto clínico, o contexto social, cultural e emocional da pessoa, família e comunidade.
Escuta a pessoa com doença, a família e pessoas/estruturas significativas na comunidade.
Gere a própria agenda com marcação de consultas de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, marcação de sessões psicoeducacionais ou psicoterapêuticas, conforme a necessidade de intervenção na pessoa, família e/ou comunidade.
Promove a educação para a saúde com enfoque na supervisão e gestão do regime medicamentoso.
Intervém na comunicação familiar.
Negoceia compromissos.
Estabelece uma relação de parceria e de suporte emocional, conduzindo à diminuição da sobrecarga familiar e à resolução de problemas em tempo real.
Elabora planos de atividades de vida diária, estimulando a autonomia.
Articula-se com as estruturas comunitárias, constituindo-se como facilitador da comunicação entre a pessoa e os serviços, promovendo a adaptação à comunidade, visando a concretização do projeto individual/reabilitativo.
Aplica, em contexto de consulta, intervenções socioterapêuticas e psicoterapêuticas: aconselhamento, apoio emocional, entrevista motivacional, estimulação cognitiva, intervenção breve, intervenção de reabilitação psicossocial, intervenção em crise, intervenção familiar, intervenção para a autoperceção positiva, intervenção psicoeducativa, modificação de comportamento, orientação para a realidade, programa de ajuda mútua, programa de literacia em saúde mental, programa de prevenção do suicídio, programa de primeira ajuda em saúde mental, programa de saúde mental positiva, reestruturação cognitiva, relação de ajuda, treino de técnicas de autocontrolo, técnicas de relaxamento, técnicas de resolução de problemas, treino metacognitivo, treino de competências sociais, treino do comportamento assertivo, entre outras.
<ul style="list-style-type: none">• Cria grupos terapêuticos onde aplica atividades de ocupação terapêutica (AOT) de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e/ou sessões de psicoterapia de grupo.
<ul style="list-style-type: none">• Monitoriza a evolução e os resultados das intervenções com bases científicas.

Fonte: Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave (OE, 2021)

Para o adequado planeamento das intervenções acima mencionadas considera-se necessário a formulação e implementação de um Plano Individual de Cuidados (PIC). Este é essencial para o planeamento e acompanhamento das intervenções a executar. Elaborado pelo TR, em colaboração com o paciente e, sempre que possível, em conjunto com a família, o PIC abrange uma avaliação ampla das necessidades da pessoa com DMG, abordando questões como saúde física, saúde mental, adesão à medicação, auto-cuidados, socio-ocupação, atividade laboral, abuso de substâncias, suporte social, financeiro, direitos e benefícios sociais, ou outros que se considerem necessários de considerar em cada caso. Com base nessa avaliação, são definidos objetivos terapêuticos e propostas de intervenções sequenciais e dinâmicas, ajustando-se às flutuações inerentes ao seu processo de recuperação. O PIC requer flexibilidade, registo e avaliação periódicas, sendo por isso um instrumento dinâmico (CNSM, 2009; Kuon & Choi, 2009, citados por Brito, 2018).

Em suma, o TR desempenha um papel vital ao estabelecer uma relação terapêutica eficaz com o doente, familiares e cuidadores, colaborando com a equipa multidisciplinar. O EEESMP enquanto TR implementa um PIC personalizado, alinhado ao Modelo de Recuperação conforme analisado no capítulo anterior. O TR age como parceiro socio-ocupacional, criando uma rede de apoio para a participação ativa do paciente na sociedade, superando limitações da resposta socio-ocupacional governamental existentes. (Simpson *et al.* 2003)

O Gestor de Caso atua também como mediador de informação pertinente entre o doente e ofertas ocupacionais, promovendo o «empowerment» da pessoa, a sua refuncionalidade e redução do estigma associado a doença mental.

Na realidade atual da SM, especialmente na Esquizofrenia, conforme se expõe neste constructo, destaca-se a importância da necessidade de continuidade de cuidados para manter o estado funcional ótimo da pessoa, enfatizando a importância do acompanhamento profissional especializado na prevenção de recaídas e melhor prognóstico perante a cronicidade da doença. A falta de acompanhamento adequado gera sobrecarga física e emocional na esfera pessoal e familiar, aumentando os riscos à saúde mental e causando problemas como o absentismo laboral para apoiar o familiar com doença mental. (Mahone *et al.* 2016 ; Gray *et al.* 2023).

2.3 Prevenção de Recaída em Saúde Mental

Doenças mentais graves são pela sua cronicidade muitas vezes associadas ao que se denomina da ocorrência do “fenómeno da porta giratória”, ou em inglês o termo-chave mais conhecido como «revolving door phenomenon», [RDP]. (Buket Koparal *et al* 2021).

O termo diz respeito à reincidência de sintomatologia pertinente com consequente necessidade de reinternamento ou reinstitucionalização da pessoa portadora de doença mental num curto espaço de tempo após a sua alta. A situação de recaída psiquiátrica, tem, de acordo com o estado da arte, diversas definições. Pode ser considerado como 3-4 hospitalizações em 5-10 anos ou num período mais curto, como 2 anos (Lichtenberg *et al.* 2008; Oyffe *et al.* 2009; Kastrup 1987; Lewis & Joyce, 1990). No estudo de Botha e seus co-autores, os critérios foram estabelecidos como três ou mais hospitalizações em 18 meses ou duas ou mais hospitalizações em 12 meses na presença do uso de clozapina (Botha *et al.*, 2010).

Estima-se que a taxa de readmissão para doentes mentais após a alta hospitalar seja de aproximadamente 40-50% no seu primeiro ano. (Bridge *et al.*, 2004)

Existem diferentes variáveis que podem influenciar a ocorrência deste fenómeno complexo. No que concerne aos prejuízos associados destacam-se um aumento de gastos aos serviços de saúde, assim como um aumento da pressão sobre o número de vagas de internamento a disponibilizar. Para além do considerado, o RDP está associado a um prognóstico desfavorável da doença. (Botha *et al.*, 2010).

A investigação dos principais fatores vinculados ao fenómeno da "porta giratória" permanece inconclusiva, demandando estudos mais abrangentes que estudem e ampliem outras variáveis. No entanto, destacam-se como fatores clínicos associados a esta intercorrência a presença de comorbilidades psiquiátricas e clínicas, períodos prolongados de internamento, constrangimentos na recepção do doente em instalações residenciais comunitárias no pós-alta e a prescrição de antipsicóticos de libertação prolongada de primeira geração. Como estratégias de prevenção deste tipo de recaída, recomenda-se a implementação de intervenções direcionadas à abstinência de uso de substâncias psicoativas e à vigilância regular da saúde da pessoa com DM. A melhoria tanto da gravidade clínica, como da adesão ao regime terapêutico por meio de uma combinação de farmacoterapia direcionada e intervenções psicoeducacionais foram demonstrados como as intervenções mais eficazes, capazes de reduzir a taxa de readmissão hospitalar. Atuar de forma abrangente, conforme mencionado anteriormente,

permite capacitar os profissionais de saúde a redirecionarem a sua prática clínica diária nesses domínios, evitando assim as consequências associadas a esta prejudicial recaída. (Gobbicchi *et al.*, 2021)

Em Portugal, conforme estabelecido no Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave da OE (2021), é recomendada a implementação de uma consulta de pós-alta, conduzida pelo EEESMP. Essa consulta, preferencialmente marcada até um mês após a alta hospitalar do serviço de internamento de Psiquiatria, visa principalmente assegurar a manutenção da adesão ao regime terapêutico instituído, psicoeducar sobre os sinais de agravamento e recaída de doença, assim como assegurar a manutenção do acompanhamento e o apoio socio-ocupacional necessários à sua condição. O EEESMP, elabora, tal como referido anteriormente, o delineamento do PIC com a participação ativa da pessoa e da família/cuidador, e realiza os encaminhamentos adequados, mantendo uma comunicação estreita com os demais profissionais da restante equipa multidisciplinar. Tanto esta consulta, como os contactos subsequentes, realizados pelo EEESMP, com ênfase na continuidade e acompanhamento na comunidade, são fundamentais para manter a ligação entre as estruturas de saúde mental e os diversos serviços comunitários, considerando-se esta como uma medida essencial para uma recuperação inclusiva da pessoa com DMG, contribuindo assim para diminuir a ocorrência de reinternamentos em serviços de SM (OE, 2021).

3. ESTUDO DE CASO

3.1 Descrição do Caso

Doente do género masculino de 41 anos, é solteiro, vive com a mãe numa localidade alentejana. A pessoa em estudo é o ultimogénito de uma fratria de cinco. Tem uma irmã mais velha do último matrimónio de sua mãe e outras três irmãs por parte de mãe. O pai após 38 anos de matrimónio abandonou o lar e foi viver com outra mulher nas proximidades de sua casa. Uma das irmãs mais velhas por parte de mãe reside na localidade, e é com quem tem contacto mais frequente.

Sem atividade laboral. Possui o 9.º ano de Escolaridade, atribuído por curso de formação profissional como Ajudante de Cozinha. É reformado por invalidez associado à situação de incapacidade por Doença Mental (Diagnóstico de Esquizofrenia tipo Paranoide desde 2018). Seguido no Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria com histórico de três internamentos, último no regime de Internamento Involuntário ao Abrigo da Lei de Saúde Mental, com a duração de 28 dias em Serviço de Internamento de Agudos, seguido de 55 dias na valência de Hospital de Dia, com término a Novembro de 2023.

Doente aparentemente saudável até 2015, altura em que *“acho que fui internado porque portei-me mal”* (sic). Não querendo dizer o que aconteceu na entrevista clínica com a médica psiquiátrica. Questionado sobre o seu último internamento mais longo, o doente refere *“você está a tentar que eu lhe explique, mas eu não consigo”* (sic). Internamento involuntário decorreu na sequência de mandado de condução pela AS devido a episódio de comportamento hostil com heteroagressividade para com a sua mãe que verbalizou queixas de violência doméstica entre outras formas de agressividade manifestadas sob a forma de destruição de bens patrimoniais, apuradas pelo enfermeiro da extensão de saúde da localidade e pela enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da equipa comunitária que o acompanhavam. Salienta-se o registo formal de ida ao Serviço de Urgência Básica da localidade em questão pela mãe agredida para tratamento das injúrias físicas causadas.

Durante o acompanhamento em visitação domiciliária prévia ao incidente, foi possível apurar que o doente não cumpria adesão ao regime terapêutico prescrito, tendo também se

validado esta informação pelo não levantamento dos psicofármacos na plataforma de prescrição médica eletrónica. O utente quando questionado referia que tomava a medicação. A equipa comunitária constatou igualmente que o utente faltou às últimas consultas de psiquiatria, mantendo o telemóvel desligado após a tentativa de contacto. A equipa de cuidados de saúde primários da sua área de residência documenta no registo de saúde do utente que o doente apresentava comportamentos desviantes na localidade, *“utente anda a cheirar as roupas íntimas de mulheres nos estendais da aldeia”* (sic). A mãe do doente confirmou em consulta com o médico de família assistente episódio de agressões para com ela, assim como para com civis com quem se cruza na via pública (*“como jogar água para as pessoas que passavam”*) (sic).

Em contexto de visitas domiciliárias executadas pela EEESMP, prévias ao seu internamento, observou-se o doente em estado muito precário de higiene, barba e cabelo sujos e longos, vígil, pouco colaborante. Vestuário incongruente com a estação do ano. Contacto distónico e tenso, em postura de ocultação das suas vivências psicóticas, referindo *“Estão a mandar em mim”* (sic), sem desenvolver o assunto. Questionado sobre porque mantém o telemóvel desligado, refere *“só uso telemóveis seguros. Já o tentei ligar duas vezes e fico muito incomodado”* (sic).

A mãe e a irmã referem que por vezes têm medo do seu familiar e que ele diz *“que é propriedade do exército português”* (sic), relatando que ele verbaliza que *“as vozes que ele ouve estão sempre a mandá-lo matar”* (sic). Este medo acompanha e afeta-as diariamente, referindo que *“qualquer dia pode dar-se um episódio trágico”* (sic). A mãe do doente, com labilidade emocional relata que ele já partiu duas televisões e pontapeou o frigorífico *“não posso viver assim”, “levem-no para tratamento”* (sic). Questionado ao doente o motivo pelo qual tem a televisão tapada com fita isoladora refere que *“a TV tem câmaras que me vigiam”, “mas eu treino todos os dias para o que aí vem, e sei que estou preparado”* (sic). A mãe apresenta-se bastante fragilizada emocionalmente, referindo uma constante relação conflituosa com o filho, referindo *“têm de o levar já para se tratar”* (sic). A mãe acrescenta ao relato que alguns transeuntes da população da localidade têm avistado o utente e informado a mãe que o seu filho é avistado *“a altas horas da noite a circular de bicicleta, na estrada que dá acesso a (...nome de localidade que dista 15km de sua casa)”* (sic), tendo sido igualmente informada que o seu familiar alegadamente já se envolveu em agressões com pessoas da comunidade devido aos seus comportamentos alterados, indicando que ele consome drogas e ingere álcool.

Questionado sobre hábitos de consumo refere ser fumador de 20 cigarros/dia, mas nega outros consumos. Apetite mantido, refere dormir mal, mas quando questionado percebe-se que os horários praticados são desadequados, deitando-se pelas 18 horas. Discurso do doente é pobre e provocado. Contacto esquivo. Pele e mucosas coradas e hidratadas. Em contexto domiciliário e «setting» próprio foi feita tentativa de orientação para crítica e estratégias para lidar com atividade delirante, no entanto sem surtir efeito. Doente apresenta-se com ausência de insight, mantendo postura hostil e de ocultação.

Em Setembro de 2023, e após articulação com AS e conhecimento da médica psiquiátrica que atua na sua área geográfica o doente é através de mandado de condução acompanhado pelas autoridades ao SU de Psiquiatria pelos fortes indícios de sintomatologia psicótica e insight prejudicado. O médico psiquiatra assistente documenta que foi proposto internamento psiquiátrico voluntário ao doente, sendo-lhe explicado a necessidade urgente para o seu tratamento, sem o qual poderia ter um agravamento do seu estado de saúde, podendo colocar-se em seu risco próprio e de terceiros, no entanto o utente não aceita. Deste modo, e ao abrigo da Lei da Saúde Mental foi decretado o seu internamento involuntário.

Durante o internamento verificou-se adesão ao regime terapêutico com eficácia e melhoria de conduta hostil. Gradativamente participou no projeto terapêutico planeado, com benefício no treino de competências e reabilitação da sua funcionalidade. As intervenções psicoterapêuticas tiveram continuidade com benefício em regime de Hospital de Dia após a sua alta de internamento, nas quais progressivamente colaborou em dinâmica de grupo instituída, nomeadamente treino de funcionalidade, caminhada, sessão de relaxamento, preparação de refeições e auto-gestão de medicação.

Atualmente com alta do Hospital de Dia do DSM volta a residir com a sua mãe na sua localidade, não se apurando alterações sensório-perceptivas nem alterações do pensamento. Humor eutímico e reatividade emocional mantida. Após articulação pelo assistente social com Junta de Freguesia local, foi possível integrar o utente em atividade ocupacional de execução de peças em estanho uma vez por semana. Refere manter adesão ao regime medicamentoso prescrito.

3.2 Colheita de Dados e Anamnese

Identificação do Utente

Nome Civil: (ocultado por razões de sigilo)

Nome pelo qual gosta de ser tratado: (ocultado por razões de sigilo)

Idade: 41 Anos

Género: Masculino

Estado de Relação: Solteiro

Religião: Católica

Atividade Laboral/ocupação: Em regime de Invalidez / Atividade de Execução de peças em estanho

Habitações Literárias: 9.º ano

Agregado familiar: Mãe

Localidade onde vive: (ocultado por razões de sigilo)

- **Queixas principais do Utente:**

Utente não refere queixas, não reconhece o motivo pelo qual se institui tratamento em regime de internamento psiquiátrico, tendo igualmente histórico de não aceitação do projeto terapêutico delineado para si (execução de PIC), apresenta não adesão ao tratamento farmacológico e faltas consecutivas em consulta de seguimento de psiquiatria. Sustenta-se o não reconhecimento do seu processo de doença pela informação “*acho que fui internado porque portei-me mal*” (sic). Após a alta e pela melhoria de insight, ao se voltar a intervir com a pessoa o utente mantém-se sem verbalizar queixas, “*estou bem*” (sic). Foi possível verificar que tem atualmente insight parcial, reconhecendo parcialmente os seus sintomas após psicoeducação, aceitando a terapêutica prescrita, mas com dificuldade em compreender a gravidade da situação ou a necessidade para intervenção clínica que está a receber e necessidade de continuação no tratamento.

- **Queixas declaradas por terceiros:**

Em situação de crise pré internamento pela história de caso, verificou-se no seu agregado familiar, e de acordo com o relato da mãe e irmã, o discurso de que por vezes têm medo do seu familiar e que ele diz *“que é propriedade do exército português”* (sic), relatando que ele verbaliza que *“as vozes que ele ouve estão sempre a mandá-lo matar”*, sic. Descrevem receio perante a situação, referindo que *“qualquer dia pode dar-se um episódio trágico”* (sic). A mãe do doente com labilidade emocional relata que ele já partiu duas televisões e pontapeou o frigorífico *“não posso viver assim”*, *“levem-no para tratamento”* (sic).

Os profissionais de saúde (equipa comunitária, CSP e da SUB) documentam episódio de comportamento hostil frequente com heteroagressividade para com a sua mãe que verbaliza queixas de violência doméstica, tendo na sequência de lesões incutidas pelo filho recorrido ao SUB da região. Encontra-se também documentado outras formas de agressividade manifestadas sob a forma de destruição de bens patrimoniais. Relata-se comportamento desviante na comunidade, sendo descrito no relato de caso *“utente anda a cheirar as roupas íntimas de mulheres nos estendais da aldeia”* (sic).

Civis da comunidade informam a progenitora de outros comportamentos desviantes, relatando que o seu filho é avistado *“a altas horas da noite a circular de bicicleta, na estrada que dá acesso a outra localidade”* (sic), informando que o seu familiar alegadamente já se envolveu em agressões com outras pessoas da comunidade devido aos seus comportamentos alterados, indicando que ele consome drogas e ingere álcool.

Atualmente, e após intervenção familiar em contexto domiciliário apura-se junto da mãe um ambiente mais apaziguador na dinâmica familiar, sem consumos associados, com contacto mais afável, segundo a sua mãe.

- **Avaliação dos sinais vitais e outros parâmetros coadjuvantes à avaliação do estado geral do utente:**

TA – 148/84 mmHg

TEMP – 36,1°C

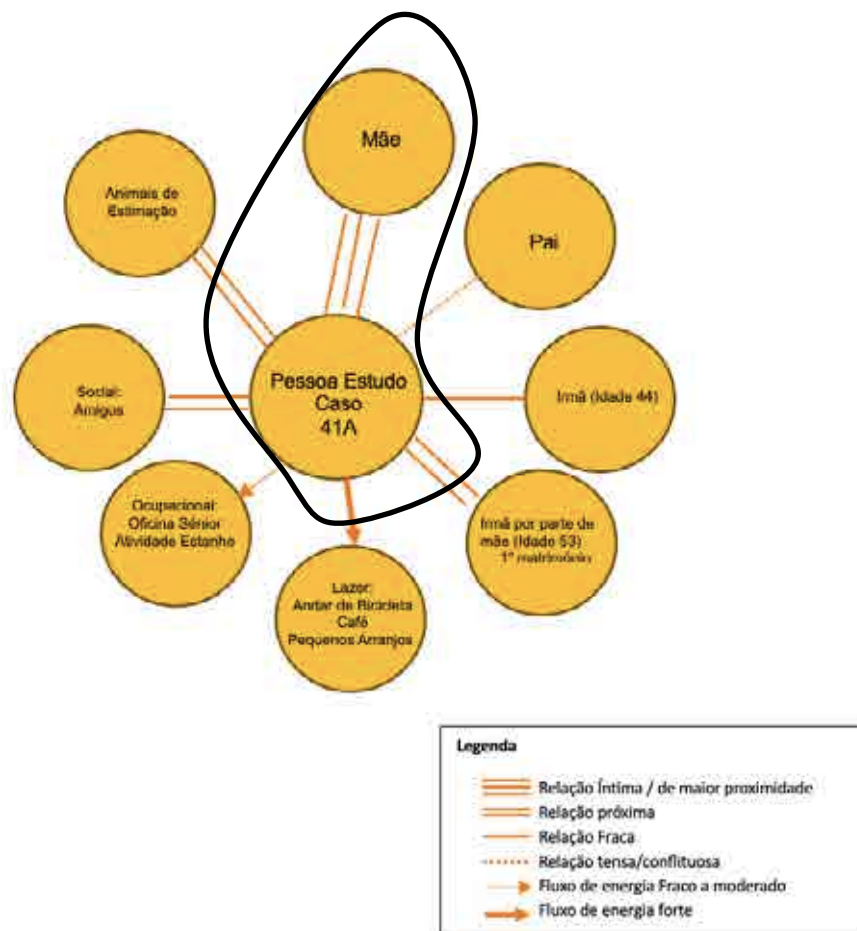
FC – 64bpm

Peso – 63 Kg

Glicémia ocasional – 111mg/dL

- **Ecomapa**

Figura VI- Ecomapa do Estudo de Caso

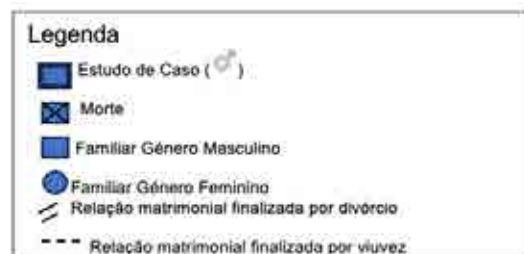
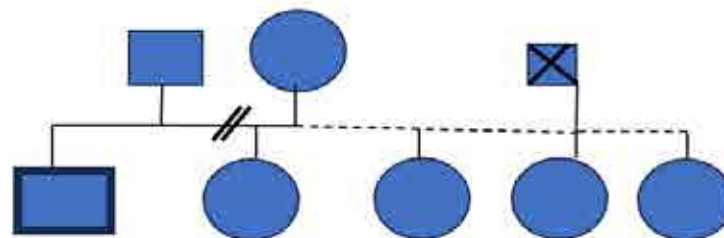


- **Genograma**

Na representação de papéis, e tendo em conta as informações supracitadas, podemos afirmar que o doente apresenta relação divergente a nível parental, para com o seu progenitor, com ruptura do processo familiar devido a divórcio súbito e inesperado, mediado por conflito de relação extraconjugal assumida pelo pai, (informação obtida em EM no seu pós-alta). A progenitora refere em EM, que o divórcio foi como um evento traumatizante para o filho, referindo *"ele mora aqui tão perto (referindo-se ao ex-marido), digo-lhe para ir visitar o pai, mas*

ele próprio diz que o pai não quer saber dele” (sic), “não lhe diz nada no dia de aniversário” (sic). Por outro lado, com as restantes irmãs, o papel familiar também encontra-se prejudicado pelo afastamento e pouca ligação que têm apresentado, revelando a mãe que um presumível motivo seja o estigma pela doença mental do filho que afaste as outras irmãs de o procurarem, assim como pelo seu comportamento do passado, por vezes descrito como desviante e hostil. A irmã, por parte de mãe que reside na mesma localidade foi o elemento familiar que incentivou a mãe a pedir ajuda na situação de agressividade causada a ela pelo seu irmão, uma vez que a mãe inicialmente tentou ocultar a própria situação, recorrendo aos serviços de saúde mais tardiamente. A progenitora apresenta para com o seu filho uma relação atual mais significativa, embora que por vezes mediada por discórdias e postura de pouca contenção para comportamentos desviantes inerente a sintomatologia do doente, assim como uma baixa literacia para com o processo de doença do filho, nomeadamente situação de cronicidade associada a Esquizofrenia. É o elemento familiar mais próximo emocionalmente e prestadora de cuidado e supervisão que o assiste.

Figura VII-Genograma



- **História de Doença Atual:**

Temporalmente, no relato de caso anteriormente descrito encontra-se documentado que as manifestações iniciais do doente iniciaram há 6 anos (2018), por existência de comportamentos desviantes indicando alterações sensório-perceptivas, do tipo alucinações auditivas e ideias delirantes, do subtipo delírios persecutórios (mediadas por tecnologia telemóveis e televisão na sua maioria), assim como delírios de autorreferenciação, que o incapacitavam nas suas AVD's.

O último internamento decorreu em regime de tratamento involuntário, tendo ocorrido na sequência de hostilidade e heteroagressividade para com a sua mãe e prejuízo de bens patrimoniais, associando-se à não adesão ao regime terapêutico instituído. Após 28 dias de tratamento manifestou melhoria significativa de alterações sensório-perceptivas e adesão à reabilitação implementada no pós-internamento hospitalar na modalidade de Hospital de Dia, no qual apresenta atualmente remissão aparente de sintomas produtivos de atividade delirante ou outros sintomas psicóticos. Participação e comunicação com o grupo de trabalho foi progressiva tendo gradualmente se integrado no restante grupo de trabalho sem intercorrências. Cumpriu a administração terapêutica prescrita e referiu manter a adesão terapêutica em dias não úteis ou horário de não funcionamento do Hospital de Dia.

- **História Clínica:**

Sem comorbilidades conhecidas.

- **Medicação atual:**

- ◇ Cariprazina 6 mg, 1cp ao PA
- ◇ Risperidona 1mg, 1cp ao LANCHE
- ◇ Clonazepam 2mg, 1 cp ao DEITAR

- **História de uso de álcool ou de outras substâncias:**

- ◇ Nicotina (Fumador de 20 cigarros por dia)
- ◇ Consumo de álcool esporádico – uma vez por mês uma a duas cervejas

◇ Consumo de café (3 por dia)

- **História Familiar:**

A mãe do doente descreve a infância do filho como *“normal, sem problemas”* (sic), referindo foi uma criança de personalidade *“mais acanhada, sempre no seu espaço”* (sic). Refere que o utente tinha o pai como referência afetiva de proximidade, até ao seu divórcio, o qual foi pautado por conflitos, sendo que se deveu a uma relação extraconjugal, e com afastamento repentino de seu pai. Segundo a progenitora permanecem ressentimentos pelo filho sobre o sucedido, relatando em EM *“ele sentiu-se muito com a situação”, “é capaz de fazer anos e o pai não diz nada”, “magoou-nos a todos...foi difícil”, “ele passa por ele várias vezes e não liga, mora aqui ao lado”, (...)* *“e sei que ele ficou pior desde que o pai saiu de casa”* (sic). Em levantamento de informação obtida junto da EEESMP que é sua Terapêuta de Referência e Gestora de Caso atual, foi possível ter conhecimento que em anteriores visitas comunitárias que executou, verificou uma relação entre mãe e filho, muitas vezes conflituosa, sendo a mãe pouco contentora dos comportamentos desviantes do seu filho, com uma ligação emocional ténue. A mãe algumas vezes revelava uma atitude ostracizante para o seu filho e um discurso agressivo, o que indica um processo familiar disfuncional de ambas as partes com várias tensões e problemáticas, não sendo apenas o familiar doente mental potenciador de mau estar familiar.

Habilitações Literárias:

O doente em estudo concluiu o 9º ano através de um curso de formação para obtenção da categoria profissional de Ajudante de Cozinha proporcionado pelo IEFP, tendo posteriormente se ocupado de forma esporádica sem contratos longos, em pequenos trabalhos essencialmente rurais, de mecânica, arranjos de equipamento, de bicicletas ou de artesanato manual (execução de pequenos trabalhos de boínho), os quais nunca lhe conferiram autonomia financeira. A sua própria condição de doença com agravamentos comportamentais e prejuízo na capacidade de concentração e memória impediram-no de estabelecer rotinas adequadas a um horário fixo ou contrato de trabalhos. Segundo a mãe, auferia antes do processo estabelecido de incapacidade, de abonos por insuficiência económica bastante poucos.

Funcionamento Socio-ocupacional e Relações interpessoais:

É relatado pelo doente uma ex-relação de maior significado durante o tempo em que esteve emigrado na Suíça, durante quase dois anos, que segundo o doente “durou meses, tive uma namorada, mas depois vim-me embora e acabou”, não verbalizou ter filhos. Atualmente não relata relacionamentos de cariz amoroso. Refere passar grande parte do horário matinal e tarde pela rua, *“ando muito de bicicleta, vou às compras, (...) às vezes ao café” (...)* *“Tenho amigos e amigas, estamos no café”, “vou ao terreno cuidador dos cães”* (sic). Como atividade socio-ocupacional na estruturação de planeamento de alta da unidade de Hospital de Dia do DSM foi agilizado pelo assistente social do departamento, em articulação com Junta de Freguesia local uma atividade ocupacional para o doente, sendo a oficina sénior a valência na atualidade com disponibilidade (apesar da idade do utente) para o receber, no qual está previsto realizar atividade de execução de peças em estanho uma vez por semana. Utente renitente em realizar outras atividades ocupacionais do pacote semanal disponibilizado pela Junta de Freguesia, referindo que *“são só senhoras lá”* (sic), referindo-se a outras atividades como “arte colorida” ou “escrita criativa”. Aguarda-se atualmente resposta para possível integração do utente em atividade semanal no Hospital de Dia do DSM, dado a parca oferta de atividade socio-ocupacional perto da área de residência do utente. No seu papel social e ocupacional, o doente apresenta comprometimento de ambos, diretamente relacionado pela alteração de conduta que apresenta, provocando o seu isolamento, e não realização dos referidos papéis. O próprio não assume a causa, indicando pouco «insight» para este comprometimento na socialização. Atualmente o utente já não apresenta heteroagressividade, nem manifesta risco de comportamento auto-lesivo, no entanto apresenta um contacto em postura de afastamento e pouca recetividade ao contacto de novas pessoas. Tem um discurso provocado, reduzido, por vezes lentificado e lacónico, mas que gradativamente vai melhorando ao longo do contacto estabelecido e evolução da Relação de Ajuda e EM desempenhada.

3.3 Exame Mental e Nota Complementar

Realizado em contexto domiciliário. Responde ao contacto de forma cordial. Aspeto cuidado. Postura calma, inicialmente retraído. Contacto inibido com entoação de voz baixa. Mímica e expressão facial por vezes apreensiva. Discurso pobre e provocado, mas que ao longo do contacto gradativamente se torna mais expansivo.

Humor eutímico. Atividade delirante de auto-referenciação – acredita que ouve as vozes de pessoas do café que se encontram a mais de 50m de sua casa como se estivessem ao seu lado. Percepção alterada pela presença de alucinações auditivas. Quando questionado sobre as vozes o utente referiu “*o que a gente ouve*” (sic), parecendo referir-se a ele no plural ou como se estivesse em simultâneo com outra pessoa, porém, por evicção do doente não foi possível indagar mais conteúdo sobre esta suspeita de possível alteração da vivência do eu, mais uma vez por postura de ocultação.

Não se apuram alterações da motórica. Atenção captável e memória mantida. Insight parcial para processo de doença.

Sem alterações da vida instintiva, nomeadamente sem manifestar alterações no sono, no apetite e vida sexual. Não revela outras queixas de saúde. Pouco motivado para melhorar o seu status socio-ocupacional. Processo familiar atualmente revelando sobrecarga na progenitora, mantendo-se a mãe como cuidadora, sendo este dado suportado pela aplicação de questionário FQP (Anexo III).

3.4 Mecanismos de Adaptação

O doente possui mecanismos de adaptação disruptivos, nomeadamente, baixa interação socio-ocupacional e distanciamento afetivo do grupo familiar de maior proximidade (pai, irmãos e sobrinhos). A mãe refere que os poucos amigos que o doente referia ter, falavam mal dele e eram aos seus olhos considerados como “*uma má companhia*” (sic) associando a elementos que proporcionavam os desvios comportamentais, nomeadamente associando a socialização entre pares motivada alegadamente pelo consumo de substância ilícitas (álcool e outras substâncias),

sic, mas sem ter sido possível aferir a veracidade de tais factos pela omissão do doente para o sucedido. O agregado familiar, essencialmente composto pela sua mãe apresenta tensões no seu bem-estar relacional proporcionadas por discussões por vezes potenciadas pela mãe que manifesta um discurso verbal pouco incentivador à autonomia e processo de reabilitação do filho. Existe tensão marcada entre o doente e o seu progenitor por afastamento abrupto devido a divórcio, com poucas perspetivas de recuperação no momento atual deste laço familiar.

Perante o supracitado, o projeto terapêutico a que nos propusemos realizar pretendeu atingir objetivos realistas em estreita colaboração com a participação integrada do doente e seu agregado familiar. Assim, incentivar as relações interpessoais e melhorar a dinâmica relacional familiar foram os dois «key issues» que se evidenciaram no cerne dos desafios desta intervenção familiar, na qual a família foi acompanhada essencialmente no seu contexto domiciliário, pois foi considerado o local mais propício para uma intervenção mais individualizada e dirigida.

Destacam-se assim as seguintes prioridades na intervenção familiar:

- Constituir uma aliança de cooperação entre os familiares e os profissionais de saúde;
- Reduzir o ambiente emocional no seio familiar, diminuindo o stress e a sobrecarga;
- Promover a capacidade dos familiares anteverem e resolverem problemas;
- Diminuir os sentimentos de raiva e culpa;
- Manter expectativas plausíveis relativamente aos comportamentos do familiar com doença mental;
- Encorajar os familiares a estabelecer limites adequados, mantendo, ao mesmo tempo, alguma autonomia;
- Promover mudanças desejáveis nas crenças e comportamentos dos familiares.

Asen 2002, citado por Pinho, 2020, p.216

Pelo mencionado, e pela intervenção especializada do EEESMP, as intervenções consideradas visam dar resposta aos Diagnósticos de Enfermagem que foram definidos tendo por base de constructo metodológico a Teoria do Modelo de Sistemas de Neuman (2011).

Em contexto de atuação prática, consideramos este Estudo de Caso um recurso de extrema utilidade, uma vez que permitiu adquirir e mobilizar variadas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Definiu-se como área de interesse a Intervenção Familiar à pessoa com esquizofrenia, propondo-se a promoção do bem-estar familiar como «core» de atuação. Foi para tal, estabelecido um principal Diagnóstico de Enfermagem em resposta a essa intencionalidade terapêutica- o Processo Familiar Comprometido, do qual se ramificaram outros subdiagnósticos inerentes que suportaram a atuação que permitiu o sucesso da recuperação deste principal Diagnóstico.

O Processo Familiar é o desenvolvimento de interações e padrões de relacionamento entre os membros de uma família com as suas características específicas: Interações positivas ou negativas que se vão desenvolvendo entre os elementos da família (ICN, 2011).

Realizando a analogia ao Modelo Conceptual utilizado, o trabalho apresentado aborda as interações positivas e negativas decorrentes da interrelação familiar, designando como efeitos nefastos existentes ao processo familiar de stressores.

Stressores para Neuman (2011), são elementos que podem afetar o equilíbrio do sistema cliente. Categorizando os stressores em três subtipos principais: 1) Stressores Intrapessoais, 2) Stressores Interpessoais e 3) Stressores Extrapessoais. O Modelo, utiliza como base para pesquisa quatro conceitos metaparadigmáticos de enfermagem – Seres Humanos, Ambiente, Saúde e Enfermagem. Os Seres Humanos consideram-se os participantes e os pesquisadores; o Ambiente, o cenário no qual ocorre a pesquisa ou situação necessária para que ocorra uma intervenção preventiva; a Saúde, representa o estado de bem-estar ou doença dos participantes da pesquisa; e a Enfermagem, ou o conceito a que se refere outra disciplina de saúde, a base pela qual se englobam os procedimentos de pesquisa empregados na resolução do problema em estudo, resultando na colheita e análise de dados para responder às perguntas ou testar as hipóteses do estudo. (Neuman e Fawcett, 2011, p. 160).

A teoria propõe a atuação ao nível de 3 eixos essenciais de atuação e/ou alcance a atingir, são eles a Prevenção Primária, Secundária e Terciária.

A primeira, tem como objetivos evitar a ocorrência de problemas de saúde. As Intervenções no eixo da prevenção primária pretendem focar-se sobretudo em fortalecer o sistema cliente, e prevenir a penetração de fatores stressores. A Prevenção secundária tem como objetivo identificar e tratar precocemente problemas de saúde em estágios iniciais; cujas intervenções visam detetar e lidar com os efeitos dos fatores stressores antes que causem danos significativos. No último nível considerado, a Prevenção Terciária, visa essencialmente reduzir as consequências após a ocorrência de problemas de saúde, reabilitando os mesmos. Intervenções neste nível, são centradas em ajudar o sistema cliente a se recuperar após a exposição aos fatores stressores, atuando na reabilitação, suporte contínuo e educação para evitar recorrências nefastas.

Uma prioridade inicial para a intervenção de enfermagem em cada uma das áreas de prevenção é determinar a natureza dos stressores existentes e a ameaça que representam ao cliente/sistema. Essa tomada de ação é descrita pela teoria pelas seguintes fases: Iniciação, Planeamento, Organização, Monitorização, Coordenação, Implementação, Integração, Defesa, Apoio e Avaliação. A implementação desta abordagem abrangente, centrada na compreensão dos stressores e na promoção da estabilidade e adaptação do sistema cliente é de forma sucinta, espelhada pelo organograma representado no Anexo C, no qual nos baseamos para definir quer os focos potenciais de atuação, quer os diagnósticos e suas intervenções de acordo com a nomenclatura CIPE.

Pela linha temporal e perante a família na qual se pretende intervir, consideramos que a atuação de maior sobreponência seja considerada ao nível do terceiro eixo de atuação (Prevenção Terciária), sobre a qual recaem os principais focos de enfermagem a atuar no momento. A ideologia de Intervenção Familiar explanada é também assumida pelo guia de Equipas Comunitárias pela OE, (2023) o qual refere que as indicações genéricas para a Intervenção Familiar em ESMP são: a diminuição da Sobrecarga Familiar, a Promoção da Saúde Mental dos familiares envolvidos, e a Reabilitação da pessoa com Doença Mental (OE, 2023).

Inúmeros estudos demonstram vantagens na intervenção e suporte familiar por parte das Equipas de Enfermagem (base psicossocial, psicoeducativa e psicoterapêutica), nomeadamente ao nível da melhoria da qualidade de vida, diminuição do stress familiar, redução do número de internamentos, maior adesão à medicação, redução dos fatores de risco e melhoria global da saúde (OE, 2023).

Enquanto Intervenções de Enfermagem (descrito pela NIC) os objetivos visam minimizar os efeitos disruptivos do processo familiar (Butcher *et al.*, 2018) desencadeados por qualquer situação que coloque em causa o sistema e ajude a ultrapassar as dificuldades de comunicação que se associam nos momentos de tensão.

Ressalta-se por último ainda a 5.^a diretriz, da teoria de Sistemas de Neuman, a qual indica a necessidade de identificação adequada do sistema cliente de interesse. O postulado refere que os participantes podem abranger todos os sistemas que sejam compostos por indivíduos, famílias, grupos, comunidades, organizações ou relações colaborativas entre dois ou mais indivíduos. No presente estudo de caso como participante selecionamos a família. Esta foi considerada a unidade de análise, na qual consideramos os dados familiares obtidos (essencialmente colhidos pelas EM realizadas), foram considerados as respostas da unidade familiar como um todo ou a conversão de dados de dois ou mais membros de cada família como uma pontuação única. Além disso, e ainda pelo mesmo postulado, (*5th Guideline – Research Participants*) – ainda se considera que o pesquisador é também um participante ativo do estudo. Este postulado, deriva da 4.^a *guideline*, que especifica que as percepções tanto dos clientes quanto dos pesquisadores devem ser levadas em consideração. Portanto, o pesquisador deve ser também um participante no estudo. Embora os pesquisadores, implicitamente, participem de modo evidente no estudo, pela escolha quer das questões de pesquisa e metodologia, o Modelo de Sistemas de Neuman sugere que os pesquisadores documentem as suas percepções das respostas obtidas dos sistemas clientes às questões formuladas, tal como nos propomos a realizar no desfecho deste trabalho (Neuman e Fawcett, 2011, p. 162-163).

Para a implementação deste EC foi fundamental a obtenção das devidas autorizações, nomeadamente junto da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde na qual se implementou a intervenção (conforme Anexo B) e junto dos quais se solicitou a aplicação quer dos instrumentos de avaliação (Anexo A e Apêndice A); quer de recolha de consentimentos informados (Apêndice B) e Colheita de dados demográficos (Apêndice C).

3.5 Atividades Desenvolvidas

Na presente Intervenção Familiar, centrada na realização de uma Entrevista Motivacional, delinearam-se diversos eixos de atuação, alinhados com as competências comuns e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP). Conforme estabelecido no Regulamento de Competências Específicas do EEESMP (Diário da República no 515/2018, 2ª Série), destacam-se as competências F3.4 e F3.5, que dizem respeito à implementação de Planos de Cuidados Individualizados e à utilização da metodologia de Gestão de Caso na prática clínica, conforme se designa

“F3.4 - Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em Saúde Mental ao cliente, com base nos Diagnósticos de Enfermagem e resultados esperados e alínea F3.5 -Recorre à metodologia de Gestão de Caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.”

Pelo supracitado, inserido na abordagem comportamental, a Modificação do Comportamento foi uma intervenção-chave que consideramos se adequar ao sucesso da Intervenção Familiar proposta. A MC consiste na aplicação de princípios de aprendizagem na pessoa, família ou grupo alvo de cuidados. Tem como intencionalidade terapêutica contribuir para a alteração de comportamentos mal-adaptativos no utente alvo, visando a substituição dos comportamentos desajustados por comportamentos mais adequados. Este tipo de abordagem comportamental considera a pessoa como um todo, inserida no seu ambiente, sendo o comportamento visto não como uma característica estável das pessoas, mas antes como algo que varia em função das características das situações ou contextos (estímulos externos) (Sequeira & Sampaio, 2020, p. 193).

B. F. Skinner, destacado teórico do behaviorismo, argumenta que o comportamento é moldado por estímulos externos, destacando a relevância do ambiente na modelagem do comportamento humano. Por exemplo, no seu capítulo “respostas verbais ao comportamento do próprio orador”, o filósofo considera que é o reforço social que leva o indivíduo a se conhecer.

É apenas por meio do crescimento gradual estabelecido pela comunicação verbal com os outros que o indivíduo se torna "consciente". Ele passa a ver-se apenas como os outros o veem, ou pelo menos, apenas como os outros insistem que ele se veja. (Skinner, 1957, p. 175) A influência de estímulos externos no comportamento é também analisada no seu Capítulo V "*O Tacto*". Para o autor, o fenómeno da nomeação é analisado, referindo que o tacto é estendido quando uma pessoa ou coisa recebe um nome. Um recém-nascido, uma máquina recém-inventada, uma flor recém-descoberta, (...) — estas novas ocorrências são ocasiões para as quais o tacto padrão está ainda ausente. Antes do que podemos chamar de "nomeação" acontecer, as únicas respostas disponíveis são os substantivos comuns e os adjetivos evocados por propriedades diversas que o novo objeto compartilha com objetos anteriores para os quais o tacto já foi adquirido. (...) O processo de nomeação é influenciado pelas reações emocionais das pessoas, podendo envolver resistência a determinados nomes se estiverem associados a experiências negativas. O trabalho ressalta a complexidade desse processo, considerando também fatores culturais. (...) A nomeação, o nome próprio é, em certo sentido, uma decoração (...), influenciando a percepção das características da pessoa nomeada. (Skinner, 1957, p. 137)

Em todo comportamento verbal sob controlo de estímulos existem três eventos importantes a serem levados em consideração: um estímulo, uma resposta e um reforço. Estes dependem um do outro. O estímulo, age antes da emissão da resposta, estabelecendo a ocasião em que a resposta provavelmente será reforçada. Sob esta condição, através de um processo de discriminação operante, o estímulo torna-se a ocasião na qual a resposta provavelmente será emitida.

Fazendo um paralelismo ao contexto específico da Enfermagem em Saúde Mental, a MC pode ser utilizada para promover a substituição de comportamentos desajustados por comportamentos mais adaptativos. E nesse prisma o estímulo externo pode ser considerado pela tomada de ação de comunicação e Entrevista Motivacional que o EEESMP desempenha no desenlace do seu projeto terapêutico. Consideramos assim, que o Enfermeiro, pode ter em si mesmo, enquanto perpetuador da palavra e Relação de Ajuda estabelecida, também, um grande cunho de intervenção e possibilidade de modificação comportamental positivas, o que cimta também o considerado pela teoria anterior de Neuman que enaltece a participação do Investigador enquanto agente ativo e participante possível de influenciar o sistema cliente.

Como critérios para a prescrição da abordagem da Modificação do Comportamento, consideram-se os seguintes critérios essenciais à sua aplicabilidade:

- a) Presença de um diagnóstico de Enfermagem de natureza comportamental;
- b) A pessoa encontrar-se num estágio de motivação para a mudança ao nível da preparação ou da ação;
- c) A pessoa apresentar capacidade cognitiva para entender as tarefas inerentes ao processo de mudança comportamental;
- d) A pessoa não se encontrar em crise sob o ponto de vista emocional.

(Sequeira & Sampaio, 2020, p. 193)

Pelo exposto, e considerando o EEESMP como um instrumento terapêutico em si mesmo, que desenvolve competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, destacamos que essas habilidades foram aplicadas durante este estágio através da integração da Entrevista Motivacional (EM) em consolidação com a técnica da Modificação do Comportamento. É relevante salientar que essas intervenções permitiram incorporar os princípios de Neuman, (2011), cuja teoria foi selecionada para este trabalho.

Na intervenção com a família em situação de sobrecarga, compreendemos o binómio doente-família como um sistema em constante interação com o ambiente, salientando a importância de intervenções que contribuíssem para fortalecer a estabilidade do Sistema Familiar. A escolha da abordagem da Modificação do Comportamento, associada à Entrevista Motivacional atuaram assim, de forma sinérgica. Salientam-se a inclusão do uso de estratégias como Reforço Positivo, Treino do Autocontrole, Atribuição de Tarefas Graduais e Estabelecimento de um contrato Terapêutico, neste caso em que designámos de PIC, Plano Individual de Cuidados (termo utilizado pelo serviço em questão). (Sequeira & Sampaio, 2020, p. 193).

A integração do modelo conceptual firmou e clarificou toda a tomada de ação, permitindo intervenções sob uma perspetiva holística, permitindo uma abordagem inclusiva da Família de forma dinâmica e participativa ao longo de todo o processo de cuidados.

Em resumo, a teoria de Skinner (1957) proporcionou uma base teórica para atuar na prática no que respeita à modificação do comportamento, enquanto os postulados de Betty Neuman (2011) permitiram ampliar a análise, destacando-se o sistema cliente Família, como um todo na promoção da Saúde Mental e adaptação perante existência de Sobrecarga presente no papel de cuidador, como veremos mais à frente.

Diante de tais considerações, o doente e a sua progenitora, cuidadora principal, enquanto constituintes deste Sistema Familiar, foram incentivados a participar em todas as atividades terapêuticas. Isso possibilitou vários momentos de contato com as suas emoções e enfrentamento das problemáticas disfuncionais identificadas como potenciais causadores de problemas (stressores) na sua dinâmica relacional.

Após uma avaliação prévia do Sistema Familiar e através da pesquisa em diários e informação clínica pertinente foram identificados os seguintes diagnósticos de Enfermagem, conforme resumido abaixo, partindo do grande diagnóstico principal “Processo Familiar Comprometido”, seguindo-se a implementação do Plano de Individual de Cuidados proposto, conforme verificado posteriormente.

Figura VIII-Diagnóstico de Enfermagem cerne e restantes pós-diagnósticos intrínsecos

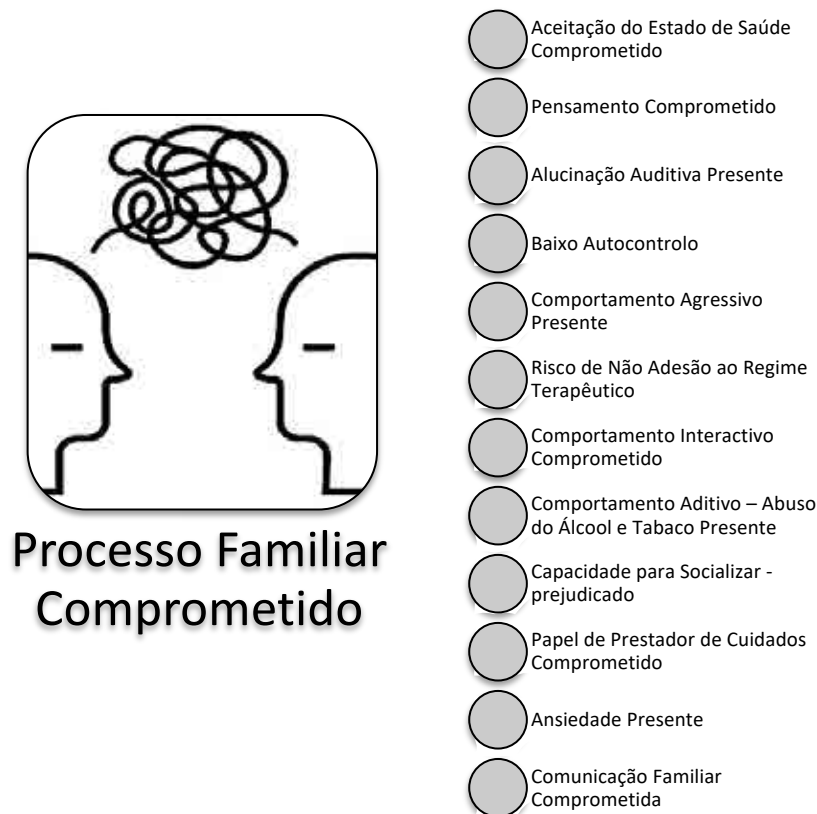


TABELA I – Focos e Juízos de Enfermagem para o Sistema Familiar alvo de cuidados

Sinais e Sintomas	Focos de Enfermagem	Juízo
<p>O sistema familiar não se consegue adaptar construtivamente à crise;</p> <p>O sistema familiar não consegue preencher as necessidades físicas e emocionais de todos os seus membros;</p> <p>O sistema familiar não consegue expressar ou aceitar uma grande variedade de sentimentos;</p> <p>O sistema familiar apresenta comunicação prejudicada;</p> <p>O sistema familiar não consegue procurar ou aceitar ajuda apropriada.</p>	<p>Processo Familiar</p> <p><i>Cód 10023078*</i></p>	<p>Comprometido</p>
<p>Não reconhece/não aceita que sofre de uma doença crónica.</p>	<p>Aceitação do Estado de Saúde</p> <p><i>Cód 10029480*</i></p>	<p>Comprometido</p>
<p>Repercussões na funcionalidade da pessoa associadas a distorção do pensamento pela presença de Delírios de auto-referência</p>	<p>Pensamento</p> <p><i>Cód 10019663*</i></p>	<p>Comprometido</p>
<p>Repercussões na funcionalidade da pessoa associadas a presença de Alucinações Auditivas.</p>	<p>Alucinação Auditiva</p> <p><i>Cód 10022500*</i></p>	<p>Presente</p>
<p>Demonstra pouca intenção de controlar os seus impulsos;</p> <p>A pessoa não tem consciência do seu problema comportamental.</p>	<p>Autocontrolo</p> <p><i>Cód 10017690*</i></p>	<p>Baixo</p> <p>Autocontrolo</p>
<p>Apresentou histórico de agressividade verbal e física para com o seu familiar cuidador, com manifestação de discurso hostil, agressão física à sua progenitora, assim como agressividade perante bens patrimoniais.</p>	<p>Comportamento Agressivo</p> <p><i>Cód 10002026*</i></p>	<p>Presente</p>

Sinais e Sintomas	Focos de Enfermagem	Juízo
Apresenta compromisso na autogestão do regime medicamentoso – não gere as recomendações referentes ao regime medicamentoso de forma adequada (horário, dose e necessidade de continuidade de tratamento)	Não Adesão ao Regime Terapêutico Cód 10025189*	Risco de
Dificuldade em iniciar, manter ou terminar uma interação social. Número de contactos sociais reduzidos. A pessoa manifesta comportamentos desadequados no contexto de interação e relações interpessoais.	Comportamento Interativo Cód 10010463*	Comprometido
É fumador de 20-25 cigarros por dia. É consumidor de álcool.	Comportamento Aditivo – Abuso do Álcool e Tabaco Cód 1002137*	Presente
Verbaliza dificuldade de controlo sobre comportamento aditivo – abuso do Álcool e do Tabaco	Comportamento Aditivo – Abuso do Álcool e Tabaco Cód 1002137*	Presente
Progenitora manifesta número de contactos sociais reduzidos.	Capacidade para Socializar 10000227	Prejudicado
O cuidador apresenta dificuldades no cuidar; O cuidador apresenta um Coping ineficaz; O cuidador verbaliza falta de conhecimento e capacidade para cuidar;	Papel de Prestador de Cuidados Cód 1003962*	Comprometido
Manifestação de sinais de ansiedade (no doente);	Ansiedade	Presente

Sinais e Sintomas	Focos de Enfermagem	Juízo
Interferência de Ansiedade nas atividades de vida diária (no doente); Verbalização de ansiedade pelo familiar cuidador; Manifestação de sinais de ansiedade pelo familiar cuidador; Repercussões na funcionalidade do familiar cuidador associadas à ansiedade.	<i>Cód 10002429*</i>	
Cuidador manifesta dificuldade em comunicar com o filho; Cuidador manifesta falta de abertura para que o filho a escute	Comunicação Familiar <i>Cód 10012702*</i>	Comprometida

(*) – Código do Termo em utilização pela linguagem CIPE (Classificação Internacional para a prática de Enfermagem), pelo Conselho Internacional de Enfermeiras- CIPE Versão 2, ICN (2011).

TABELA II – Intervenções e Resultados Esperados

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções	Resultados Esperados
(Basilares a todos os Diagnósticos)	Executar Relação de Ajuda. Executar Apoio Emocional; Executar Escuta Ativa; Executar Aconselhamento	Garantia das condições basilares para que o projeto terapêutico aconteça.
Processo Familiar Comprometido	Promover manutenção do Processo Familiar; Realizar Entrevista Motivacional; Executar Projeto Terapêutico através de um PIC com participação e estreita colaboração do doente e seus familiares; Promover o envolvimento familiar: Incentivar a família a focar-se nos aspetos positivos da situação clínica; Encorajar os membros da família a	Melhoria na dinâmica relacional familiar Aumento do conhecimento dos familiares sobre dinâmicas de bem-estar familiar;

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções	Resultados Esperados
<p>Processo Familiar Comprometido</p>	<p>manter as relações familiares; Incentivar os membros da família a ter em conta as necessidades pessoais;</p> <p>Instruir cuidador familiar sobre forma de apoios dos diferentes agentes/ recursos de saúde, sociais e municipais que atuam de forma coadjuvante no processo de saúde do sue familiar;</p> <p>Promover envolvimento familiar, discutindo forças e recursos familiares para o bem-estar de todos os seus membros;</p> <p>Fornecer reforço positivo ao familiar cuidador pela sua participação nos cuidados;</p> <p>Encorajar uma comunicação aberta entre os membros da família;</p> <p>Facilitar e encorajar a união entre os membros da família, promovendo uma boa dinâmica familiar.</p> <p>Sugerir cumprimento de plano ocupacional semanal ao doente (conforme Apêndice D)</p> <p>Aconselhar membros da família acerca de estratégias de Coping.</p> <p>Atribuir Tarefas Graduais de interajuda nos membros familiares;</p> <p>Ensinar cuidador familiar sobre necessidades, gestão e prestação de cuidados inerentes à doença de esquizofrenia do seu familiar.</p>	<p>Aumento de capacitação do familiar cuidador para estratégias de Coping/ enfrentamento perante de stress/crise e desesperança.</p> <p>Maximização da interajuda entre mãe e filho;</p> <p>Maior ocupação e dinamismo do doente;</p> <p>Manutenção de rotinas estáveis no sistema familiar;</p> <p>Sentimento de Esperança nos elementos familiares;</p> <p>Diminuição da sobrecarga do familiar cuidador</p>
	<p>A realizar sem horário específico e por atitude oportunista:</p>	<p>Aumento de auto-crítica do doente sobre a sua doença.</p>

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções	Resultados Esperados
<p>Aceitação do Estado de Saúde Comprometido</p> <p>Aceitação do Estado de Saúde Comprometido</p>	<p>Avaliar o conhecimento do utente face ao seu estado de saúde;</p> <p>Executar intervenção psicoeducativa sobre o seu estado de saúde e progressão de cronicidade da doença mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre processo de doença; • Informar sobre sinais e sintomas inerentes à doença de esquizofrenia, Informar sobre agravamento de sintomatologia • Incentivar tomada de consciência; • Incentivar a auto-vigilância de queixas sintomáticas e alterações do pensamento; <p>Envolver o doente no processo de tomada de decisão;</p> <p>Ensinar sobre insight.</p> <p>Incentivar tomada de ação em pedido de ajuda a cuidador informal e/ou terapeuta de referência em caso de sintomatologia pertinente.</p> <p>Aplicar Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell (CAN R 2.0)- (Anexo A)</p> <p>Realizar PIC em conjunto com o doente e familiar cuidador.</p>	<p>Aumento de conhecimento do doente sobre o processo de doença (sinais, sintomas, evolução, risco de recaída/declínio com exacerbação sintomatológica)</p> <p>Aumento da capacidade do doente para solicitar ajuda</p> <p>Participação do doente na adequação das suas necessidades pela aplicação do Inquérito CAN R2.0 para o seu PIC.</p> <p>Tomada de consciência pelo doente do seu projeto terapêutico e PIC proposto.</p> <p>Participação ativa e inclusão do doente e sua cuidadora no Projeto Terapêutico implementado.</p> <p>Dúvidas esclarecidas nas pessoas envolvidas.</p>

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções	Resultados Esperados
<p>Alucinação Auditiva Atual</p> <p>Alucinação Auditiva Atual</p>	<p>Informar sobre fatores etiológicos da alucinação;</p> <p>Informar sobre fatores precipitantes da alucinação;</p> <p>Ensinar sobre importância da diminuição da atividade e da estimulação sensorial,</p> <p>Incentivar atividades de distração;</p> <p>Incentivar o cumprimento do regime terapêutico, mesmo na ausência de atividade alucinatória;</p> <p>Proporcionar atividades recreativas ou de lazer que exijam atenção (atividades de distração);</p> <p>Instruir sobre técnicas de gestão de alucinações auditivas como recorrer ao uso de leitura, ouvir música calma que proporcione maior relaxamento; pintura, escrita, entre outros.</p>	<p>Aprimoramento da capacidade do doente em verbalizar atividade alucinatória com Terapeuta de Referência ou Familiar cuidador no sentido de partilhar emoções e pedir ajuda sobre evolução do processo de doença (esquizofrenia).</p> <p>Aumento da capacidade do doente para a adoção de técnicas de distração que promovam a diminuição estímulos sensoriais auditivos externos.</p>
	<p>Realizar Técnica de Modificação do Comportamento;</p> <p>Ensinar sobre estratégias de autocontrolo;</p> <p>Instruir sobre estratégias de resolução de problemas;</p>	<p>Melhoria no auto-controlo de impulsos no doente, com menos exacerbação da irritabilidade e menos explosão temperamental.</p> <p>Melhoria do bem-estar familiar.</p>

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções	Resultados Esperados
Baixo Autocontrolo	<p>Executar intervenção de promoção de um controlo de impulsos efetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar o doente a identificar potenciais problemas ou situações que requerem uma ação planeada; • Auxiliar o doente a escolher a ação mais eficaz; • Selecionar uma estratégia de resolução de problemas adequada ao nível do desenvolvimento funcional-cognitivo do utente; • Ensinar o utente a “parar e pensar” antes de agir impulsivamente; <p>Informar sobre recursos de apoio na comunidade;</p>	Melhoria na capacidade de resolução de comportamentos desadequados perante situações inesperadas.
Comportamento Agressivo Atual	<p>Falar calmamente e num tom voz adequado;</p> <p>Executar Intervenção de Modificação do Comportamento</p> <p>Executar estratégias de gestão do comportamento agressivo:</p> <p>Responsabilizar o utente pelo seu comportamento;</p> <p>Colocar limites ao utente;</p> <p>Desencorajar o recurso do utente a comportamentos agressivos;</p> <p>Orientar sobre estratégias de modificação de comportamento agressivo:</p>	<p>Redução do risco de heteroagressividade verbal /física do doente para com a sua cuidadora / terceiros / bens patrimoniais.</p> <p>Manutenção de um sistema familiar funcional;</p> <p>Manutenção da dinâmica relacional familiar saudável;</p> <p>Melhoria na comunicação entre os intervenientes do projeto terapêutico doente/TR; doente/familiar cuidador/ TR;</p>

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções	Resultados Esperados
Comportamento Agressivo Atual	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar a substituição de comportamentos indesejáveis por comportamentos desejáveis; • dar reforço positivo às mudanças comportamentais adotadas pelo doente; • Assistir o doente na identificação de pequenos progressos; • Espartilhar o comportamento a alterar em unidades mais pequenas e mensuráveis de alteração de comportamento; • Definir e incentivar objetivo comportamental a atingir; • Promover aprendizagem para alteração de comportamento assertivo; • Aconselhar sobre controlo de impulsos; • Ensinar sobre competências sociais; <p>Orientar familiar cuidador sobre estratégias de prevenção de escalada comportamental que despolete agressividade do seu familiar;</p> <p>Orientar familiar cuidador sobre estratégias de proteção relativas a situação de potencial agressividade;</p>	<p>Aumento da capacidade do doente na expressão de sentimentos;</p> <p>Aumento da capacidade do doente em solicitar ajuda perante existência de sintomas de alteração do pensamento e /ou comportamento</p> <p>Melhoria na gestão de stress e crise</p> <p>Ausência de exposição do familiar cuidador a episódio de agressividade;</p>
Comportamento Agressivo Atual	<p>Disponibilizar ajuda e orientar sobre contactos a realizar em situação de crise familiar;</p> <p>Encorajar o familiar cuidador a discutir preocupações sobre eventos de agressividade que ocorreram no passado;</p>	

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções	Resultados Esperados
Risco de Não Adesão ao Regime Terapêutico	<p>Promover a consciencialização do doente relativamente ao regime medicamentoso;</p> <p>Promover o envolvimento do doente;</p> <p>Assistir no reconhecimento da importância do regime medicamentoso;</p> <p>Assistir na reformulação do significado atribuído ao regime medicamentoso;</p> <p>Promover a autoeficácia;</p> <p>Ensinar sobre o regime medicamentoso;</p> <p>Treinar com o doente as suas capacidades para a auto-gestão do regime medicamentoso;</p> <p>Ensinar o cuidador sobre adesão ao regime medicamentoso e consequências de privação ao mesmo.</p>	<p>Aumento do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso.</p> <p>Envolvimento do doente no projeto terapêutico instituído;</p> <p>Demonstração pelo doente de autoeficácia;</p> <p>Aumento do conhecimento do cuidador sobre adesão ao regime medicamentoso do seu familiar.</p> <p>Capacitação demonstrada do cuidador sobre sinais que refletem não adesão ao regime terapêutico do seu familiar.</p>
Comportamento Interativo Comprometido	<p>Executar técnica de Modificação de comportamento;</p> <p>Treinar habilidades de comunicação;</p> <p>Treinar competências sociais;</p>	<p>Maior ocupação e dinamismo do doente;</p> <p>Demonstração de iniciativa do doente em iniciar e manter uma interação social de forma equilibrada;</p> <p>Melhoria da empatia estabelecida com a sua progenitora, TR e os demais;</p>

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções	Resultados Esperados
	<p>Orientar sobre comportamento interativo;</p> <p>Incentivar o doente a expressar dificuldades associadas a relações interpessoais ocorridas no passado;</p> <p>Sugerir cumprimento de plano ocupacional semanal ao doente (Apêndice D)</p> <p>Orientar familiar cuidador sobre interação social;</p>	<p>Melhoria do doente no estabelecimento de habilidades sociais;</p> <p>Diminuição da sensação de sobrecarga do cuidador informal;</p>
<p>Comportamento Aditivo – Abuso do Álcool e Tabaco Atual</p>	<p>Informar sobre riscos inerentes ao abuso de álcool e tabaco.</p> <p>Executar entrevista motivacional.</p> <p>Ajudar a pessoa a entender o distúrbio como uma doença relacionada com vários fatores e causadores de dependência e perturbação;</p> <p>Orientar para grupo de ajuda mútua;</p> <p>Treinar modificação do comportamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • consciencializar o utente sobre riscos inerentes à quantidade e frequência inerente ao consumo de álcool e tabaco. • Informar sobre os efeitos nefastos (físicos, psicológicos e sociais inerentes à dependência do álcool e tabaco); 	<p>Aumento do conhecimento sobre abuso do álcool;</p> <p>Redução de comportamento alterado e aditivo e de dependência das substâncias psicoativas em uso com um menor consumo das substâncias aditivas;</p> <p>Redução de riscos familiares;</p> <p>Redução de riscos inerentes aos consumos presentes – com redução de patologias associadas ao consumo de substâncias aditivas;</p> <p>Redução do stress no cuidador;</p> <p>Aumento do conhecimento do familiar cuidador sobre abuso de álcool e tabaco;</p>

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções	Resultados Esperados
	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar ou elogiar os esforços do utente para assumir a responsabilidade pela disfunção e tratamento relacionados com o uso de substâncias; <p>Orientar familiar cuidador sobre estratégias de redução/cessão do abuso (álcool e tabaco);</p>	
Capacidade para Socializar - prejudicado	<p>Orientar familiar cuidador sobre formas interação social satisfatórias;</p> <p>Desenvolver competências para promover maior comportamento interativo;</p> <p>Treinar competências sociais;</p> <p>Incentivar familiar cuidador a manter comportamento Interativo no seu quotidiano;</p>	Aumento do comportamento Interativo pela familiar cuidadora.
Papel de Prestador de Cuidados Comprometido	<p>Realizar EM;</p> <p>Avaliar emoções; expectativas e capacidade da progenitora em exercer o papel de cuidador;</p> <p>Avaliar fontes de stress e sobrecarga através de aplicação de questionário FQP (Apêndice A);</p> <p>Ensinar familiar cuidador sobre patologia do seu familiar (evolução, tratamento, sintomatologia, sinais de agravamento);</p>	<p>Capacitação do Cuidador face ao processo de doença do seu familiar;</p> <p>Aumento da expressão de sentimentos, pensamentos e emoções ao TR;</p>

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções	Resultados Esperados
<p>Papel de Prestador de Cuidados Comprometido</p>	<p>Capacitar cuidador sobre habilidades inerentes ao processo de cuidar (tomada de decisão, responsabilidades, direitos e deveres)</p> <p>Instruir familiar cuidador sobre gestão da comunicação, gestão do ambiente, resolução de problemas e estratégias de coping;</p> <p>Auxiliar a pessoa a identificar as estratégias mais adequadas de Coping e formas de as operacionalizar (promover um Coping efetivo);</p> <p>Encorajar a pessoa à reflexão e expressão de sentimentos;</p> <p>Promover a Esperança;</p> <p>Promover participação em atividades lúdicas redutoras de stress, como sessão de reflexologia - (Apêndice E)</p> <p>Elogiar esforços e progressos obtidos no processo de cuidar;</p>	<p>Demonstração de tomada de decisão eficaz no processo de cuidar;</p> <p>Coping da família eficaz;</p> <p>Menor manifestação de sinais de Sobrecarga Familiar;</p> <p>Demonstração de esperança e resiliência durante a relação terapêutica;</p> <p>Manifestação de bem-estar geral no sistema e dinâmica familiar;</p>
	<p>Avaliar sinais de sobrecarga no familiar cuidador, nomeadamente as componentes de sobrecarga objetiva e sobrecarga subjetiva e impacto causado pela doença do familiar portador de DMG, através do Questionário de Problemas Familiares (FQP)- (Apêndice A)</p> <p>Ensinar doente e familiar cuidador sobre ansiedade e sobre gestão da ansiedade;</p>	<p>Aumento no potencial da doente e seu cuidador para gerir ansiedade;</p> <p>Menor demonstração de sinais de ansiedade pelo doente e seu familiar cuidador;</p> <p>Maior dinamismo do familiar cuidador;</p> <p>Melhoria no padrão de apetite e sono do cuidador</p>

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções	Resultados Esperados
Ansiedade – Atual	<p>Assistir o familiar cuidador a identificar quais são os “gatilhos” da ansiedade;</p> <p>Orientar sobre estratégias de redução da ansiedade;</p> <p>Apoiar o familiar cuidador em expor os seus problemas e verbalizar as suas emoções;</p> <p>Realizar promoção de esperança;</p> <p>Orientar o familiar a solicitar ajuda especializada junto do TR por linha disponível 24 horas, sempre que considerar necessário;</p> <p>Incentivar o familiar cuidador a dedicar tempo a si mesmo, através de ocupações que sejam adequadas ao seu bem-estar dentro do seu gosto pessoal como ouvir música, meditar, aprender técnicas de relaxamento, entre outras;</p> <p>Incentivar o familiar cuidador a ter momentos de descanso e um sono reparador;</p> <p>Incentivar o familiar cuidador a realizar exercício físico pelo menos uma vez por semana;</p> <p>Incentivar o familiar cuidador a manter uma ingestão nutricional adequada, diminuindo o consumo de café;</p> <p>Informar sobre recursos socio-ocupacionais dirigidos à sua faixa etária na comunidade;</p>	<p>Manifestação de bem-estar geral no sistema e dinâmica familiar;</p> <p>Melhoria na capacidade do familiar cuidador na resolução de problemas inerentes ao processo familiar e sua dinâmica relacional;</p> <p>Aumento da sensação de esperança;</p> <p>Que o TR de acordo com os valores de maior peso de sobrecarga identificados pelo instrumento de trabalho FQP, atue de modo a resolver as dimensões mais afetadas no familiar cuidador</p>

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções	Resultados Esperados
Ansiedade - Atual	<p>Apoiar o familiar cuidador na identificação de estratégias de <i>coping</i>;</p> <p>Encorajar o doente e cuidador informal a discutir preocupações sobre eventos que provoquem ansiedade;</p> <p>Encorajar o doente e/ou família a procurar aconselhamento, sempre que necessário junto do Terapeuta de Referência;</p> <p>Orientar a mãe (cuidadora principal) sobre estratégias de gestão de escalada de sinais de ansiedade moderada/elevada;</p> <p>Instruir sobre técnicas de relaxamento.</p>	
Comunicação Familiar Comprometida	<p>Promover envolvimento familiar;</p> <p>Capacitar progenitora e doente sobre processo de comunicação eficaz:</p> <p>Incentivar resposta empática Instruir sobre habilidades comunicacionais como escuta ativa, percepção de comunicação verbal, não verbal e estabelecimento de contacto ocular;</p> <p>Treinar competências sociais;</p> <p>Estimular interajuda entre familiares;</p> <p>Promover bem-estar familiar.</p>	<p>Melhoria da Comunicação nos Familiares;</p> <p>Melhoria na Dinâmica Familiar.</p>

IV. DISCUSSÃO

4.1. Indicadores NOC

Os Indicadores NOC [Nursing Outcomes Classification], que agora nos propomos apresentar, foram uma ferramenta valiosa no desenlace deste Estudo de Caso, pois possibilitaram uma avaliação de resultados mais sensível aos cuidados prestados. Essa análise não apenas aprimorou a prática clínica, mas também destacou o impacto positivo das intervenções de enfermagem no cuidado especializado fornecido nesta intervenção familiar. No quadro abaixo, descrevemos a análise dos mesmos.

Diagnóstico de Enfermagem	Indicador NOC de acordo com a Classificação Geral do Resultado	Resultado <<score>> de classificação* / **
Aceitação do Estado de Saúde Comprometido	[Cód. 1300] Aceitação Estado de Saúde [Cód. 1317] Adapta-se às Mudanças no Estado de Saúde. [Cód. 1311] Toma decisões sobre a saúde. [Cód. 1314] Executa as tarefas de auto-cuidado.	4*- para todos os indicadores

Diagnóstico de Enfermagem	Indicador NOC de acordo com a Classificação Geral do Resultado	Resultado <<score>> de classificação* / **
Pensamento Comprometido	<p>[Cód. 1403] Autocontrole do Pensamento Distorcido</p> <p>[Cód. 140308] – Mantém afeto consistente com o humor.</p> <p>[Cód. 140309]- Interage com outros apropriadamente.</p> <p>[Cód. 140310] – Interage com o ambiente apropriadamente.</p> <p>[Cód. 140313]- Demonstra pensamento com conteúdo apropriado.</p> <p>[Cód. 140314] - Demonstra capacidade de compreender ideias de outros.</p>	<p>3* - [Cód. 140314]</p> <p>4* - [Cód. 1403] [Cód. 140308] [Cód. 140313]</p> <p>5* - [Cód. 140309]; [Cód. 140310]</p>
Alucinação Auditiva Atual	<p>[Cód. 140301] – Reconhece que alucinações estão a ocorrer.</p> <p>[Cód. 140302]- Abstém-se de dar atenção a alucinações.</p> <p>[Cód. 140303] – Abstém-se de responder a alucinações.</p> <p>[Cód. 140304] – Monitoriza a frequência das alucinações.</p>	<p>2* - [Cód. 140304]; [Cód. 140305]</p> <p>3* - [Cód. 140301]; [Cód. 140306]</p> <p>4* - [Cód. 140302]; [Cód. 140303]</p>

Diagnóstico de Enfermagem	Indicador NOC de acordo com a Classificação Geral do Resultado	Resultado <<score>> de classificação* / **
	[Cód. 140305] – Descreve o conteúdo das alucinações. [Cód. 140306]- Relata a diminuição das alucinações.	
Baixo Autocontrolo	[Cód. 140512]- Mantém o autocontrolo sem supervisão. [Cód. 140514]- Evita meios ambientes de alto risco. [Cód. 140517]- Mantém consultas de seguimento.	5* - Para todos os indicadores
Comportamento Agressivo Atual	[Cód. 140511]- Mantém o acordo de controlar o comportamento; [Cód. 140514]- Identifica consequências de comportamentos impulsivos;	5*- Para todos os indicadores
Risco de Não Adesão ao Regime Terapêutico	[Cód. 162303]- Informa o profissional de saúde sobre todos os medicamentos que utiliza [Cód. 162304]- Toma todos os medicamentos nos intervalos prescritos [Cód. 162316]- Relata a resposta terapêutica ao profissional de saúde	4*- [Cód. 162303] [Cód. 162316] 5-* [Cód. 162304]
Comportamento Interativo Comprometido	[Cód. 130504]- Relata sentir-se útil [Cód. 130502]- Mantém a auto-estima [Cód. 130514]- Participa de atividades de Lazer	2* - [Cód. 130504] [Cód. 130514] ;

Diagnóstico de Enfermagem	Indicador NOC de acordo com a Classificação Geral do Resultado	Resultado <<score>> de classificação* / **
	[Cód. 130512]- Relata sentir-se socialmente empenhado	[Cód. 130502] [Cód. 130512]-
Comportamento Aditivo – Abuso do Álcool e Tabaco Atual	[Cód. 162925]- Evita situações que incentivem o uso de álcool; [Cód. 162904]- Identifica os benefícios de eliminar o consumo de álcool; [Cód. 162905]- Desenvolve estratégias efetivas para eliminar o consumo de álcool; [Cód. 162529]- Compromete-se com a abstinência do Tabaco; [Cód. 162520]- Adapta o estilo de vida para promover a eliminação do tabaco; [Cód. 162506]-Identifica barreiras na eliminação do tabaco; [Cód. 162503]-Identifica benefícios em parar de fumar	2* [Cód. 162529] [Cód. 162520] [Cód. 162506] 3* [Cód. 162904] [Cód. 162905] [Cód. 162503] 4* [Cód. 162925]
Capacidade para Socializar - prejudicado	[Cód. 1502] Apresenta Habilidades de Interação Social [Cód. 150210] Demonstra Equilíbrio	2* - [Cód. 1502] 2* - [Cód. 150210]
	[Cód. 2508] Bem-estar do Cuidador [Cód. 250806] Apoio às Atividades de vida diária [Cód. 250813] Estratégias de Coping	2** [Cód. 2508] [Cód. 250806] [Cód. 250813]

Diagnóstico de Enfermagem	Indicador NOC de acordo com a Classificação Geral do Resultado	Resultado <<score>> de classificação* / **
Papel de Prestador de Cuidados Comprometido		
Ansiedade - Atual	[Cód. 140204] Busca informações para reduzir a ansiedade.; [Cód. 140207] Utiliza técnicas de Relaxamento para Reduzir a Ansiedade; [Cód. 140211] Mantém as relações sociais; [Cód. 140214] Mantém o sono adequado; [Cód. 140217] Controla a resposta à Ansiedade;	2* [Cód. 140204] [Cód. 140207] [Cód. 140211] [Cód. 140217] 4* [Cód. 140214]
Comunicação Familiar Comprometida	[Cód. 260813] Comunica-se claramente com membros familiares;	3* [Cód. 260813]

Interpretação de Resultados a considerar:

(*) Classificação a atribuir ao Resultado:

1	Nunca Demonstrado
2	Raramente Demonstrado
3	Algumas vezes Demonstrado
4	Frequentemente Demonstrado
5	Consistentemente Demonstrado
NA	Não Aplicável

(**) Classificação a atribuir:

1	Não Satisfeito
2	Pouco Satisfeito
3	Moderamente Satisfeito
4	Muito Satisfeito
5	Completamente Satisfeito

(Moorhead et al., 2014, p. 146)

4.2 Reformulação de Ação nos Indicadores Pertinentes

4.2.1- Intervenção em Saúde Mental – o uso da Terapia Complementar de Reflexologia como Estratégia Promotora de Bem-Estar Familiar

A abordagem de estratégias promotoras de saúde mental muitas vezes requer a implementação de estratégias integrativas e holísticas para promover o bem-estar ideal, tanto para a pessoa quanto para sua família. Neste contexto, destacamos a utilização das Terapias Complementares como uma estratégia importante na busca pela harmonia e equilíbrio emocional que se pretendem alcançar. Este subcapítulo pretende explorar o estado da arte referente ao papel das Terapias Complementares, com foco especial na Reflexoterapia, como uma ferramenta eficaz na intervenção em saúde mental, para a qual nos propusemos a realizar, conforme a sua Instrução de Trabalho evidenciada no Apêndice E.

◇ Análise Preliminar e Identificação de Necessidades

De acordo com a análise anteriormente inferida pelos resultados NOC, identificamos indicadores de sobrecarga e ansiedade evidenciados pelo familiar cuidador. A aplicação do Questionário FQP permitiu revelar níveis significativos nas subcategorias de sobrecarga objetiva e subjetiva, apontando para a necessidade de intervenções direcionadas na sua resolução de forma mais imediata.

◇ Justificação

Com o objetivo de restaurar a funcionalidade e o bem-estar do sistema familiar como um todo, reconhecemos a intervenção na progenitora como crucial contributo para o dinamismo relacional da família em estudo. Assim, perante a necessidade de promover uma abordagem que vise a manutenção do processo familiar, encorajar a reflexão, a expressão de sentimentos pelo cuidador, e incentivar a participação em atividades lúdicas redutoras de stress, escolhemos a Reflexologia como TC a realizar. A Reflexologia, é uma intervenção terapêutica complementar com benefícios demonstrados na prática de enfermagem. Através do uso da pressão em determinados pontos como nas mãos, pés e costas, permite realizar a estimulação de

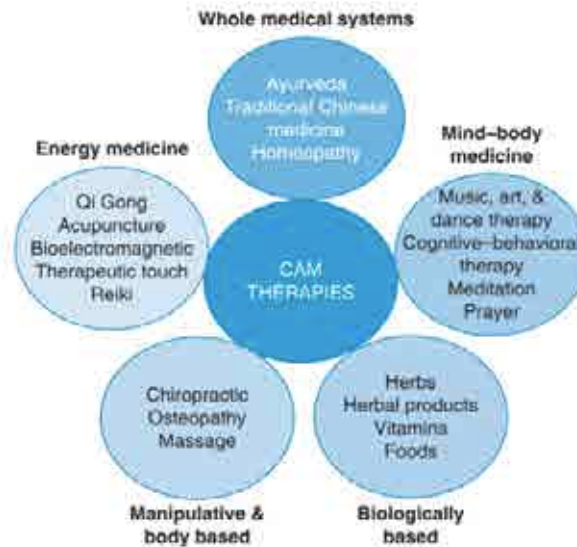
terminações nervosas associadas aos diversos sistemas e órgãos do corpo (Sequeira & Sampaio, 2020, p. 262).

A sua eficácia abrange problemas emocionais, digestivos, circulatórios, menstruais, lombalgias, insónia, cefaleias, cansaço, stress e ansiedade. No livro “Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções, 2020” pela reunião de vários profissionais da mesa de colégio da Especialidade de Saúde Mental, em Portugal, enaltecem-se as intervenções mais relevantes para o exercício profissional, fomentando o desenvolvimento do espírito científico, do pensamento reflexivo e tomada de decisão suportada pela evidencia científica, de modo a promover a Enfermagem e mais precisamente a Enfermagem Especializada em Saúde Mental enquanto profissão, disciplina e ciência, aproximando a oferta de cuidados às reais necessidades da população com patologia mental. É ainda referido no livro, por Ribeiro (2020, p. 258) no que concerne às Terapias Complementares em SM, que *“os enfermeiros, em função dos seus conhecimentos e desenvolvimento de competências, são as pessoas indicadas para a sua implementação e informação adequada à população dos seus potenciais efeitos”*.

Embora em Portugal as políticas de saúde que regulamentam a idoneidade ou credibilidade do uso de TCs em Saúde Mental ainda estejam em fase de avaliação, em outros países essa prática já é aceite e implementada regularmente em complementaridade do modelo de medicina mais convencional ou ocidental e usualmente mais aceite para os Governos, como é o caso do Brasil, por exemplo, onde a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares já segue as diretrizes de conferências nacionais de saúde e recomendações da OMS nesse âmbito. (Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (Brasil), 2015)

Nos EUA, existe um importante centro de pesquisa incluído na regulamentação governamental do Instituto Nacional de Saúde (NIH), denominado NCCIH ou National Center for Complementary and Integrative Health. Este departamento dedica-se exclusivamente à pesquisa científica e divulgação de pareceres sobre as diversas abordagens de saúde complementares e integrativas existentes. A sua missão inclui investigar a eficácia, segurança e uso dessas práticas para com intuito de informar o público e os profissionais de saúde da área. O centro aborda uma variedade de práticas, como acupuntura, yoga, fitoterapia, meditação entre outras terapias complementares e integrativas, tal como evidenciado na Figura IX. (NCCIH, 2021).

Figura IX - Exemplos de Terapias Complementares de saúde e sua integração nas diferentes categorias



Fonte: NCCIH, 2021

Numa perspectiva abrangente, a incorporação de TC na área da saúde, especialmente em Saúde Mental, está gradualmente a ganhar maior aceitação como um meio de preencher lacunas nas necessidades não atendidas dos clientes. Estas terapias oferecem uma abordagem mais holística ao tratamento, considerando o bem-estar físico, mental, emocional e social da pessoa. Na essência da TC percebe-se a doença como um processo natural, considerando a existência da capacidade intrínseca para a cura existente no próprio corpo. Isso implica que o indivíduo tenha um papel ativo no seu processo de recuperação, tornando-se um participante mais envolvido no cuidado da sua própria saúde. Mesmo na ausência de patologias evidentes, o uso de técnicas de TC é recomendado para otimizar a saúde global (Tusaie & Fitzpatrick, 2023).

Esta perspectiva redefine a relação entre o paciente e o processo de cura, promovendo uma visão mais integrada e participativa na gestão da saúde mental, tal como se considerou ser um dos pilares do «recovery model».

Aprofundando mais sobre a Reflexologia em si como TC, esta terapêutica é fundamentada na ideia de que áreas específicas dos pés e mãos estão relacionadas com diferentes partes do corpo. Teve a sua origem no século XX, derivada da teoria denominada <<Zone Therapy>> (Terapia de zona), proposta pelo médico norte-americano William Fitzgerald em 1917. O autor postulou que o corpo poderia ser dividido em 10 zonas verticais e iguais, sugerindo que a manipulação dessas zonas periféricas nas extremidades poderia influenciar condições fisiopatológicas nas áreas correspondentes do corpo. Mais tarde, Eunice Ingham desenvolveu a "massagem por compressão" e, finalmente, a reflexologia, promovendo-a extensivamente por meio de mapas ilustrados dos pés. Desde a sua criação, a reflexologia evoluiu, sendo atualmente conhecidos os seus efeitos benéficos (Fitzgerald, 1917, citado por Whatley *et al.*, 2022). No que concerne à gestão da ansiedade é descrito o benefício da aplicação da Reflexologia. A ansiedade adaptativa, uma resposta a ameaças percebidas, manifesta-se por sintomas comportamentais, cognitivos, emocionais e físicos, desempenhando um papel protetor, sendo, tal como considerado no manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-V, 2014), uma reação esperada face à antecipação de ameaça futura. No entanto, a ansiedade prolongada pode tornar-se patológica, (Perturbação de Ansiedade), considerando-se excessivo e persistindo por períodos que geralmente duram mais de 6 meses, resultando em prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes na vida do indivíduo (APA, 2014, p. 189).

A reflexologia, ao aplicar pressão em pontos específicos nos pés ou mãos, permite melhorar a circulação sanguínea, sendo cada ponto reflexo associado a órgãos específicos, conforme representado na Figura X, onde se apresentam um mapa representativo das áreas reflexas de cada ponto, neste caso para a aplicação de reflexologia na região plantar do pé esquerdo. O uso de determinado grau de pressão nos pontos representados, promove o fluxo sanguíneo, a eliminação de toxinas e a libertação de energia, promovendo benefícios físicos e psicológicos.

Figura X – Mapa Representativo de Áreas Reflexas que são beneficiadas pelo uso de Reflexologia na região plantar no pé esquerdo



Fonte: Embong *et al.* (2015)

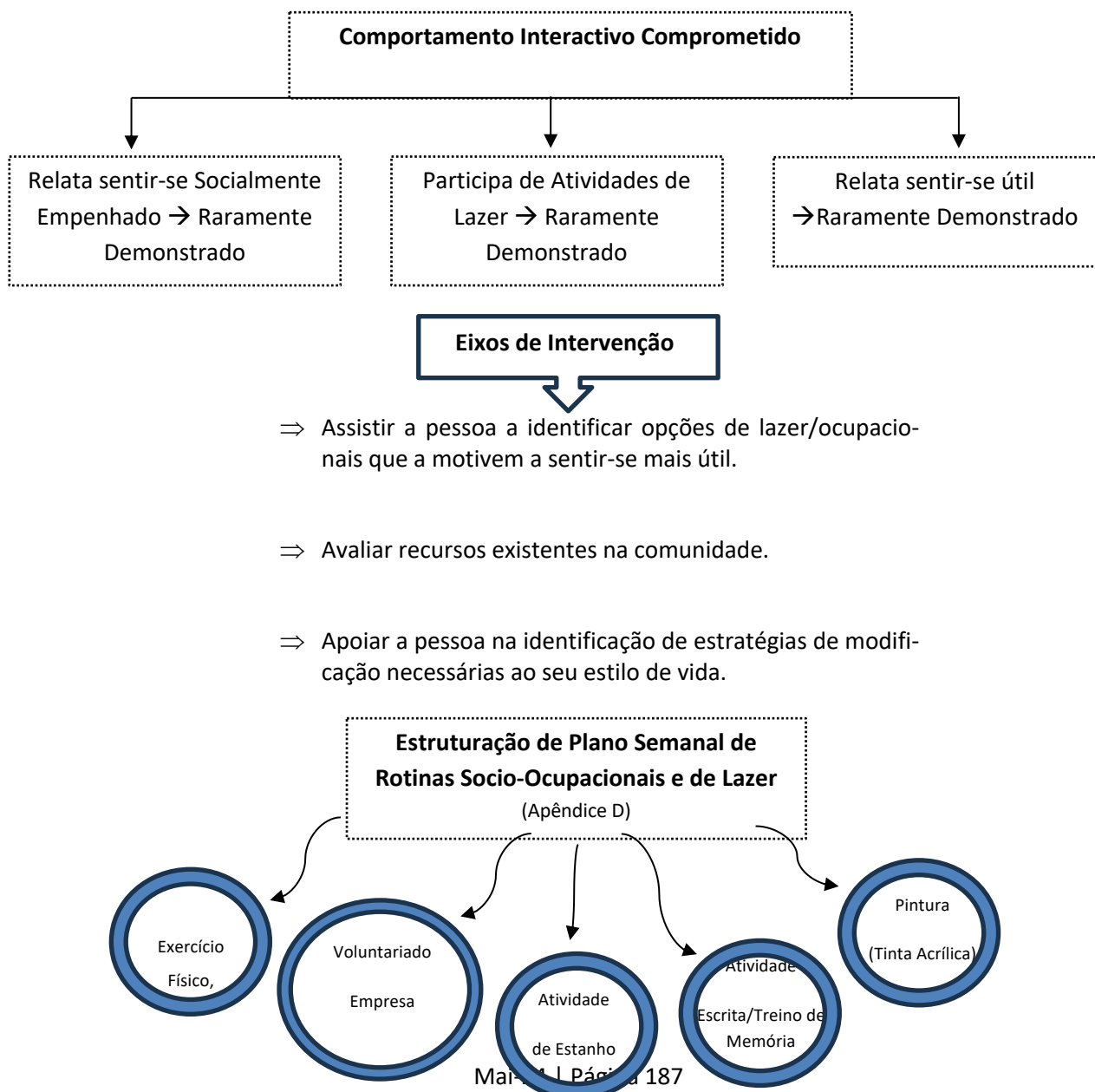
A reflexologia permite interromper o padrão de stress repetitivo que as pessoas geralmente têm no seu quotidiano. A sua eficácia aumenta com a implementação de um número maior de sessões. A libertação de endorfina é estimulada como resposta à aplicação da reflexologia (Embong *et al.*, 2015). O uso desta terapia contribui significativamente no alívio de condições stressantes (Uğuryol & Dönmez, 2022).

O estudo de Bahrami *et al.* (2020), por exemplo, avaliou a eficácia da reflexologia na redução da ansiedade e depressão em doentes idosas do sexo feminino numa unidade de cardiologia, tendo revelado, comparativamente ao uso da massagem, que a TC por reflexologia apresentou efeitos mais significativos na redução dos sintomas psicológicos em mulheres idosas. Outras pesquisas também confirmaram a eficácia da reflexologia, como na redução da ansiedade em mulheres antes de uma cesariana, bem como na diminuição da ansiedade e depressão em pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. Além disso, diversos estudos examinaram o uso da reflexologia nos pés para reduzir a ansiedade durante o parto (Uğuryol & Dönmez, 2022).

4.2.2- Intervenção em Saúde Mental na Pessoa com Status Socio-Ocupacional Diminuído

Diante da baixa volição em participar em atividades de lazer e sentimento de pouco empenho social, identificados anteriormente pelos resultados alcançados NOC, pelo diagnóstico Comportamento Interativo Comprometido, delineamos, nesta proposta de cuidado, uma abordagem focada na recuperação destes aspetos problemáticos específicos, direcionados para o Doente alvo, tal como se apresenta no Organograma ilustrado na Figura XI.

Figura XI – Organograma explanativo de Intervenções Implementadas



Propomos assim, a implementação de parcerias que atuem sobretudo na recuperação pessoal, com ênfase no <<coaching>> como intervenção. Esta abordagem reconhece a competência da própria pessoa para gerir sua vida, destacando a importância que o EEESMP representa na valorização das motivações e preferências da pessoa (CNPSM, 2011, pp. 20-21).

A prática do <<coaching>> é fundamentada num processo interativo e interpessoal que visa oferecer suporte pessoal e profissional, estimulando o desenvolvimento e a conquista de metas. No contexto da enfermagem, a aplicação do <<coaching>> apresenta-se como uma abordagem eficaz para auxiliar na recuperação e na promoção de um papel mais ativo e funcional da pessoa.

O modelo <<GROW>>, conforme se ilustra abaixo (Figura XII), permite perceber os eixos principais de atuação que o coaching permite alcançar, através de 4 estágios, sendo eles:

- 1) Definir Objetivos (*Goal*);
- 2) Analisar a Realidade (*Reality*);
- 3) Explorar Opções (*Options*)
- 4) Definir a Vontade/Motivações (*Will*)

Este modelo proporciona assim o estabelecimento de uma base sólida para proporcionar o próprio enfermeiro a guiar a sua intervenção para a capacitação e «empowerment» do doente, permitindo que a pessoa consiga se autorealizar no seu desenvolvimento individual, promovendo mudanças comportamentais eficazes (Costeira *et al.*, 2022).

A prestação de cuidados no âmbito da enfermagem especializada em saúde mental alicerçada nesses princípios permite tornar mais coesa a relação com o doente, contribuindo para a eficácia da sua proatividade, intencionalidade terapêutica, presença, atenção e fazendo uso de si mesmo como um meio fundamental para facilitar a recuperação na pessoa. Os enfermeiros-coaches facilitam o processo de transformação pessoal, através de várias habilidades de comunicação (como presença terapêutica, escuta ativa, uso do silêncio e entrevistas motivacionais) permitindo e ajudando o doente a identificar quer as suas barreiras,

quer as suas condicionantes facilitadoras individuais para que consigam atingir os seus objetivos (Moore *et al.*, 2022; Rosa *et al.*, 2021).

No que concerne ao doente em estudo, em situação de declínio do seu status socio-ocupacional, as intervenções sugeridas foram delineadas de forma sensível e personalizada, tentando evitar a criação de expectativas muito altas. De acordo com o princípio do Modelo de Recuperação já anteriormente referido neste trabalho, um dos princípios a ter em conta, é o de que a relação terapêutica é orientada para amplificar pontos fortes e interações positivas, em vez de focar em défices. Este estabelecimento de uma relação de parceria não reduz a importância da perícia profissional, mas sim direciona-a para apoiar a auto-gestão do próprio doente (CNPSM, 2011, pp.20-21).

Pelo considerado, a intervenção proposta, tal como planificado no Apêndice D, visou incentivar uma maior funcionalidade e ocupação do doente, sugerindo para o efeito a implementação de um plano semanal estruturado com atividades socio-ocupacionais personalizadas ao seu gosto. Em suma, consideramos que esta adequação de opções ocupacionais sugerida e inserida no seu PIC contribuiu para a sua Inclusão Social, Bem-Estar da Pessoa e para a redução do estigma associado ao doente mental, o que por sua vez é contributivo para a manutenção de um processo familiar funcional e seguindo o considerado na Lei da Saúde Mental (Lei n.º 35/2023, de 21 de julho), pelo seu artigo 5.º alínea a e b, que designa que

“são objetivos da política de saúde mental:

a) Promover a titularidade efetiva dos direitos fundamentais das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental e combater o estigma face à doença mental;

b) Melhorar a saúde mental das populações, nomeadamente através da implementação efetiva e sustentável de medidas que contribuam para a promoção da saúde mental, para a prevenção e tratamento das doenças mentais e para a reabilitação e inclusão das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental.”

Concluindo, destacamos o potencial do <<coaching>> como uma ferramenta valiosa que permitiu impulsionar o processo de recuperação e empoderamento da pessoa, proporcionando uma contribuição significativa para este projeto terapêutico.

Figura XII – Modelo *GROW* (Estágios intrínsecos no Coaching)



Adaptado de Whitmore (2017, citado por Costeira *et al.*, 2022)

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Intervenção Familiar breve realizada de setembro de 2023 a fevereiro de 2024, evidenciou a eficácia das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, conforme definido pela regulamentação legal da OE. A metodologia de Gestão de Caso foi central, tendo permitido uma coordenação eficaz dos cuidados em Saúde Mental ao longo do ciclo de vida do sistema afetado. A sistematização e prescrição das diferentes intervenções e cuidados através dos quais se implementou um Plano Individualizado de Cuidados, em estreita colaboração com o doente e seu agregado familiar, baseados na evidência, visaram promover a recuperação da SM da pessoa, olhando-se muito para além do seu diagnóstico de Esquizofrenia. Consideramos que a Intervenção Familiar implementada, focada na Prevenção Terciária, de acordo com a conceptualização analisada, permitiu contribuir para uma melhor funcionalidade da pessoa portadora de DM em situação de pós-alta recente de um Departamento de Saúde Mental localizado no Alentejo, permitindo igualmente capacitar e reduzir os sinais de Sobrecarga da sua cuidadora principal.

Do trabalho desempenhado, destacamos a transformação positiva que a Enfermagem em Saúde Mental permite promover na vida da pessoa com DMG. Ressaltamos, contudo, o grande constrangimento que se verificou no status ocupacional destas pessoas, pela grande escassez regional de atividades socio-ocupacionais que se disponibilizam atualmente. Buscamos superar essa limitação, oferecendo alternativas a um sistema que se apresenta ainda incapaz, evidenciando por isso a necessidade urgente de investimento de abordagens neste sector na Saúde Mental, sobretudo na região do Alentejo interior.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2023). Listagem das unidades da RNCCI (atualizado a 30 de novembro de 2023). Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/category/cuidados-de-saude/continuados/>
- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2022) Guia de Referenciação para as Unidades e Equipas de Saúde Mental da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Disponível em: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Guia-de-referenciacao-para-as-unidades-e-equipas-de-saude-mental-da-RNCCI_mai-2022.pdf
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2023). The SHARE Approach. 5 Essential Steps of Shared Decision Making*. Rockville, MD. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/health-literacy/professional-training/shared-decision/index.html>
- Almeida, J. M., & Xavier, M. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental: 1º relatório. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: http://www.fnerdm.pt/wp-content/uploads/2015/01/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf
- American Psychiatric Association (2014). Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. (5ª ed.) Climepsi.
- Bahrami, T, et al. (2020). Reflexology versus aromatherapy massage for relieving anxiety and depression in hospitalized older women: A randomized clinical trial. International Journal of Caring Sciences. Vol13:610–9. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/340999413_Reflexology_versus_Aromatherapy_Massage_for_Relieving_Anxiety_and_Depression_in_Hospitalized_Older_Women_A_Randomized_Clinical_Trial
- Bridge, J., & Barbe, R (2004). Reducing hospital readmission in depression and schizophrenia: Current evidence. Current Opinion in Psychiatry, 17, 505-511. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00001504-200411000-00015>

Brito, M. (2018). O Enfermeiro como Terapeuta de Referência nas Equipas de Saúde Mental Comunitária. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/o-enfermeiro-como-terapeuta-de-referencia-nas-equipas/full-view.htm>

Conselho Internacional de Enfermeiras (ICN) (2011). CIPE Versão 2 – Classificação internacional para a prática de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>

Conselho Nacional de Saúde (CNS) (2019). Sem mais tempo a perder. Saúde Mental em Portugal: um desafio para a próxima década. CNS. Disponível em: <https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf>

Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental (CNPSM) (2011). 100 Modos de Apoiar a Recuperação Pessoal: Um Guia para Profissionais da Saúde Mental. Por M. Slade, Disponível em: http://www.fnerdm.pt/wp-content/uploads/2015/01/100Modos_VersãoFinal_3.pdf

Costeira C, Dixe MA, Querido A, Vitorino J, Laranjeira C. Coaching as a Model for Facilitating the Performance, Learning, and Development of Palliative Care Nurses. *SAGE Open Nurs.* 2022 Jul 15;8:23779608221113864. Disponível em doi10.1177/23779608221113864.

De Luca, E., Cosentino, C., Cedretto, S., Maviglia, A. L., Bucci, J., Dotto, J., Artioli, G., & Bonacaro, A. (2022). Multidisciplinary team perceptions of the Case/Care Managers role implementation: a qualitative study. *Acta bio-medica : Atenei Parmensis*, 93(3), e2022259. Disponível em:DOI: [10.23750/abm.v93i3.13371]

Decreto-Lei nº 22/2011 de 10-02-2011. Clarificação sobre responsabilidade civil das unidades, equipas e pessoal da rede de cuidados continuados integrados de saúde mental. *Diário da República, 1.a série—N.o 29*. Disponível em https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Decreto-Lei_22_2011.pdf

Decreto-Lei nº 35/2023, de 21-07-2023. Lei da Saúde Mental. Assembleia da República. Disponível em

https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=3679&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so_miolo=

Decreto-Lei n.º 156/2015, de 16-09-2015. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2446&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so_miolo=

Druss, B. G., Chwastiak, L., Kern, J., Parks, J. J., Ward, M. C., & Raney, L. E. (2018). Psychiatry's Role in Improving the Physical Health of Patients With Serious Mental Illness: A Report From the American Psychiatric Association. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, *69*(3), 254–256. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700359>

Embong, N., *et al.*, (2015) Revisiting reflexology: Concept, evidence, current practice, and practitioner training, *Journal of Traditional and Complementary Medicine*. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jtcme.2015.08.008>

Fekadu, W., Mihiretu, A., Craig, T. K. J., & Fekadu, A. (2019). Multidimensional impact of severe mental illness on family members: systematic review. *BMJ open*, *9*(12), e032391. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032391>

Fitzgerald, W. e Bowers, E. (1917) *Zone Therapy or Relieving Pain at Home*. Disponível em: Columbus, Ohio: Project Gutenberg. Disponível em: <https://www.gutenberg.org/files/54553/54553-h/54553-h.htm>

Gago J, Caldas de Almeida, Xavier M. Adaptação e validação parcial do Inquérito de Avaliação de Necessidades de Camberwell. Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, 1996

Gobbicchi, C., Verdolini, N., Menculini, G., Cirimilli, F., Gallucci, D., Vieta, E., e Tortorella, A. (2021). Searching for factors associated with the “Revolving Door phenomenon” in the psychiatric

inpatient unit: A 5-year retrospective cohort study. *Psychiatry Research*, 303. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114080>

Gray, N.S., Davies, H., Brad, R., et al. (2023). Reducing sickness absence and stigma due to mental health difficulties: a randomized control treatment trial (RCT) of a low intensity psychological intervention and stigma reduction programme for common mental disorder (Prevail). *BMC Public Health*, 23(1324). Disponível em: DOI: [10.1186/s12889-023-16200-x]

Koparal, B., Ünler, M., Utku, H. Ç., e Candansayar, S. (2021). Revolving door phenomenon and related factors in schizophrenia, bipolar affective disorder and other psychotic disorders. *Psychiatria Danubina*, 33 (1) Disponível em: <https://hrcak.srce.hr/file/373176>

Mahone, I. H., Maphis, C. F., & Snow, D. E. (2016). Effective Strategies for Nurses Empowering Clients With Schizophrenia: Medication Use as a Tool in Recovery. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(5), 372–379. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/01612840.2016.1157228>

Martinelli, A., & Ruggeri, M. (2020). An overview of mental health recovery-oriented practices: potentiality, challenges, prejudices, and misunderstandings. Disponível em: DOI: 10.36148/2284-0249-353

Moore, A. K., Avino, K., e McElligott, D. (2022). Analysis of the Theory of Integrative Nurse Coaching. *Journal of holistic nursing : official journal of the American Holistic Nurses' Association*, 40(2), 169–180. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/08980101211006599>

Moorhead S. Johnson M. Maas M. L. e Swanson E. (2014). *Nursing outcomes classification (noc) : measurement of health outcomes (5th ed.)*. Elsevier Health Sciences. Disponível em https://www.academia.edu/78783715/NOC_Classificação_dos_Resultados_de_Enfermagem_5a_EDIÇÃO

National Center for Complementary and Integrative Health – NCCI (2021). Complementary, alternative, or integrative health: What's in a name? Disponível em: <https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name>

Neuman, B., & Young, R. (1972). A model for teaching total person approach to patient problems. *Nursing Research*, 21(3), 264-269. <https://doi.org/10.1097/00006199-197205000-00015>

Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5a ed.). Pearson.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento no. 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. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

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. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2021). Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave da OE. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/guia-orientador-de-boas-praticas-1/>

Ordem dos Enfermeiros (2023). Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem. 1.a edição digital: junho de 2023. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp_intervencaoopsicoterapeutica_ok.pdf

Organização Mundial da Saúde (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. Genebra: OMS. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf?sequence=1

Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., e Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *The Cochrane database of systematic reviews*, (12), CD000088. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000088.pub2>

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS : atitude de ampliação de acesso, Ministério da saúde– 2. ed. – Brasília, 2015. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pic.php?conteudo=praticas_integrativas

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Guia para o Cuidador Informal. Acedido em <https://eportugal.gov.pt/guias/cuidador-informal/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci>

Resolução da Assembleia da República n.º 213/2017, de 11 de Agosto. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-assembleia-republica/213-2017-107995241>

Rosa, W. E., Levoy, K., Battista, V., Dahlin, C., Thaxton, C., & Greer, K. (2021). Using the Nurse Coaching Process to Support Bereaved Staff During the COVID-19 Crisis. *Journal of hospice and palliative nursing : JHPN : the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, 23(5), 403–405. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000773>

Simpson, A., Miller, C., & Bowers, L. (2003). Case management models and the care programme approach: how to make the CPA effective and credible. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(4), 472-483. Disponível em: DOI: [10.1046/j.1365-2850.2003.00640.x]

Skinner, B. F. (1957). *Verbal Behaviour*. Cambridge, Massachusetts: Original copyright of Prentice-Hall, Inc., Foundation Reprint Series. Disponível em: https://www.bfskinner.org/wp-content/uploads/2014/05/2014_05_P_003.pdf

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2021). *Comprehensive Case Management for Substance Use Disorder Treatment*. Advisory. USA Government. Disponível em: <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/PEP20-02-02-013.pdf>

Tusaie, K., & Fitzpatrick, J. (2023). *Advanced Practice Psychiatric Nursing: Integrating Psychotherapy, Psychopharmacology, and Complementary and Alternative Approaches Across the Life Span* (3ª ed.). Springer Publishing Company. (pp. 81-83). Disponível em:

https://play.google.com/store/books/details?id=UoM8EAAAQBAJ&rdid=book-UoM8EAAAQBAJ&rdot=1&source=gbs_atb&pcampaignid=books_booksearch_atb&pli=1

Uğuryol, M. e Dönmez, A. (2022). The effect of reflexology treatment on anxiety. *Journal of Psychiatric Nursing*, 13(1):24-30. Disponível em: DOI: 10.14744/phd.2021.05579

Reflexology Association of America (2023). *What is Reflexology?* Disponível em: <https://www.reflexology-usa.org/what-is-reflexology>

Sequeira, C.e F. Sampaio, (2020). *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções** (1.a Edição, pp. 216-219). Lidel. ISBN 978-989752-413-4.

Whatley, J., Perkins, J. e Samuel, C. (2022). Reflexology: Exploring the mechanism of action. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 48. Disponível em: 101606. 10.1016/j.ctcp.2022.101606.

Yu, Y., Li, Tx., Li, Yl., et al. (2020). A cross-sectional study on spouse and parent differences in caregiving experiences of people living with schizophrenia in rural China*. *BMC Psychiatry*, 20(226). Disponível em: DOI: 10.1186/s12888-020-02633-w.

Zabeen, S., Lawn, S., Venning, A., & Fairweather, K. (2021). Why Do People with Severe Mental Illness Have Poor Cardiovascular Health?-The Need for Implementing a Recovery-Based Self-Management Approach. *International journal of environmental research and public health*, 18(23), 12556. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph182312556>

ANEXO A - Aplicação do Questionário de Avaliação de Necessidades de *Camberwell* (CAN R2.0)

COMO UTILIZAR A VERSÃO PARA INVESTIGAÇÃO DO INQUÉRITO DE AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES DE CAMBERWELL (CAN R 2.0) :

A versão para investigação do CAN permite inquirir os utentes e os técnicos e determinar os diferentes pontos de vista de ambos. Antes de utilizar o CAN, leia por favor todo o inquérito, incluindo os exemplos que fornecem úteis indicações para escolher a cotação adequada.

Este inquérito apresenta 22 itens e cada item é constituído por quatro partes. As respostas dos utentes e dos técnicos são consideradas separadamente e podem ser diferentes em cada uma das questões.

SECÇÃO 1 Perguntar se tem ocorrido algum problema em cada uma das áreas questionadas (no último mês).

0 = Sem problema

1= Sem problema ou problema parcialmente resolvido, devido a a intervenção contínua.
(por.e.g. necessidade respondida ou parcialmente respondida)

2 = problema grave

9 = desconhecido

Se a pessoa responder 0 ou 9 deve avançar para a página seguinte, caso contrário deverá completar as restantes questões.

Para cada um dos itens são sugeridas as questões a efectuar (em itálico).

SECÇÃO 2 Questionar sobre a ajuda /apoio recebido por prestadores de cuidados informais, durante o último mês.
(e.g. amigos, familiares, etc)

SECÇÃO 3 Questionar sobre a ajuda /apoio recebido e necessitado prestado por profissionais , durante o último mês.
(profissionais do SNS, dos Serviços Sociais, das Autarquias, etc)

SECÇÃO 4 Perguntar se os cuidados prestados são adequados e qual o grau de satisfação do utente relativamente aos cuidados que recebe.

O CAN foi elaborado no PRISM por Michael Phelan, Mike Slade, Graham Dunn, Frank Holloway, Geraldine Strathdee, Graham Thornicroft e Till Wykes.

ÍNDICE

NÚMERO	ITEM / ASSUNTO
--------	----------------

- 1 - ALOJAMENTO
- 2 - ALIMENTAÇÃO
- 3 - TAREFAS DOMÉSTICAS BÁSICAS
- 4 - AUTOCUIDADO
- 5 - ACTIVIDADES DIÁRIAS
- 6 - SAÚDE FÍSICA
- 7 - SINTOMAS PSICÓTICOS
- 8 - INFORMAÇÃO SOBRE A DOENÇA E TRATAMENTO
- 9 - "SOFRIMENTO" PSICOLÓGICO
- 10 -RISCO DE DANOS PARA O PRÓPRIO
- 11 -RISCO DE DANOS PARA OS OUTROS
- 12 -ALCOOL
- 13 -DROGAS
- 14 -CONTACTOS SOCIAIS
- 15 -RELAÇÕES ÍNTIMAS
- 16 -RELACIONAMENTO SEXUAL
- 17 -CUIDAR DOS FILHOS
- 18 -EDUCAÇÃO BÁSICA
- 19 -UTILIZAÇÃO DO TELEFONE
- 20 -UTILIZAÇÃO DE TRANSPORTES
- 21 -DINHEIRO
- 22 -SUBSÍDIOS / BENEFÍCIOS SOCIAIS

1.ALOJAMENTO

AVALIAÇÃO
utente técnico

A PESSOA CARECE DE UM ALOJAMENTO

HABITUAL PARA VIVER ?

Qual o género de alojamento onde vive?
De que tipo de alojamento se trata?

0 0

0= SEM PROBLEMA	e.g. a pessoa tem uma casa condigna (mesmo se estiver no momento internada)
1=SEM/ PROBLEMA MODERADO DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA	e.g. a pessoa estar a viver em residência protegida ou lar
2=PROBLEMA GRAVE	e.g. sem abrigo, alojamento precário sem condições de saneamento básico
9= DESCONHECIDO	

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 2

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES EM RELAÇÃO AO ALOJAMENTO?

1 2

0=NENHUMA	
1= POUCA AJUDA	e.g. ajuda ocasional fornecendo algumas peças de mobiliário
2= ALGUMA AJUDA	e.g. ajuda significativa para melhorar o alojamento, como na remodelação da casa
3= GRANDE AJUDA	e.g. vive com um familiar devido ao alojamento do próprio ser insatisfatório
9= DESCONHECIDA	

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERVIÇOS SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) RELATIVAMENTE AO O ALOJAMENTO ?

1 0

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DESSES SERVIÇOS FACE AO SEU ALOJAMENTO ?

1 0

0= NENHUMA	
1= POUCA AJUDA	e.g. ligeira melhoria na decoração ou indicação de serviços de apoio à habitação
2= ALGUMA AJUDA	e.g. grandes melhorias, referência para serviços de apoio ao alojamento
3= GRANDE AJUDA	e.g. ser realojado, ou entrar para lar ou residência protegida
9= DESCONHECIDA	

À PESSOA RECEBE A AJUDA ADEQUADA RELATIVAMENTE AO ALOJAMENTO ?

0 0

(0 =NÃO, 1=SIM , 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE RELATIVAMENTE AO ALOJAMENTO?

1

(0=NÃO SATISFEITA, 1= SATISFEITA)

2. ALIMENTAÇÃO

AVALIAÇÃO
utente técnico

A PESSOA TEM DIFICULDADE EM OBTER UMA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA ?

Qual o tipo de alimentos que come ?
É capaz de comprar os seus alimentos e preparar as suas refeições ?

0= SEM PROBLEMA e.g. capaz de comprar e preparar as refeições
1= SEM / ALGUM PROBLEMA DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA e.g. refeições fornecidas
2= PROBLEMA GRAVE e.g. alimentação muito restrita ou culturalmente inapropriada
9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR 0 OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 3

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES EM RELAÇÃO À ALIMENTAÇÃO ?

0= NENHUMA
1= POUCA AJUDA e.g. refeições fornecidas semanalmente ou com menor frequência
2= AJUDA MODERADA e.g. ajuda semanal na compra de alimentos ou refeições fornecidas mais do que uma vez por semana , mas não diariamente
3= MUITA AJUDA e.g. refeições fornecidas diariamente
9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERVIÇOS SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) EM RELAÇÃO À ALIMENTAÇÃO ?

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DESSES SERVIÇOS, EM RELAÇÃO À ALIMENTAÇÃO ?

0 = NENHUMA
1= POUCA AJUDA e.g. fornecida uma refeição por semana ou ajuda numa refeição por dia
2 = AJUDA MODERADA e.g. fornecida uma refeição diária ou ajuda em todas as refeições
3= GRANDE AJUDA e.g. fornecidas todas as refeições
9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA DE AJUDA NECESSÁRIA PARA OBTER UMA ALIMENTAÇÃO SUFICIENTE ? (0 = NÃO, 1= SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE PARA OBTER UMA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA ?

(0 = NÃO SATISFEITA , 1 = SATISFEITA)

3. TAREFAS DOMÉSTICAS BÁSICAS

AVALIAÇÃO
utentes técnicos

A PESSOA TEM DIFICULDADE EM CUIDAR DO SEU PRÓPRIO ALOJAMENTO ?

0 1

*Você é capaz de cuidar da sua própria casa ?
Alguém o ajuda ?*

- 0= SEM PROBLEMA e.g. a casa pode estar desarrumada mas limpa
- 1= SEM/ ALGUM PROBLEMA e.g. tem ajuda doméstica regular DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA
- 2= PROBLEMA GRAVE e.g.casa suja e com potencial risco para a saúde
- 9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR 0 OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 4

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES PARA CUIDAR DA CASA ?

1 3

- 0= NEHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g.incentivar ou ajudar a arrumar ou limpar, ocasionalmente
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. incentivar ou ajudar a limpar pelo menos uma vez por semana
- 3=MUITA AJUDA e.g. lavagem das roupas e limpeza da casa supervisionada mais que uma vez por semana
- 9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA *RECEBE* DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERVIÇOS SOCIAIS, AUTARQUIAS,ETC) PARA CUIDAR DA CASA?

0 9

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA *NECESSITA* DESSES SERVIÇOS, PARA CUIDAR DA CASA ?

0 9

- 0= NEHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. incentivada pelos técnicos
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. alguma ajuda nas tarefas domésticas
- 3= MUITA AJUDA e.g.maioria das tarefas de casa realizadas pelos técnicos
- 9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CERTA DE AJUDA PARA CUIDAR ADEQUADAMENTE DA CASA ?
(0= NÃO , 1= SIM, 9= DESCONHECIDA)

0 9

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE PARA CUIDAR DA CASA?
(0=NÃO SATISFEITA, 1= SATISFEITA)

0

4. AUTOCUIDADO

AVALIAÇÃO
utente técnicos

A PESSOA TEM DIFICULDADES EM CUIDAR DE SI PRÓPRIA?

0 1

*Tem dificuldades em manter os cuidados adequados de higiene ?
Já alguma vez, alguém lhe chamou a atenção para se cuidar melhor ? Quem ?*

- 0= SEM PROBLEMA e.g. a aparência pode ser excêntrica ou desarrumada, mas limpa
- 1= SEM / ALGUM PROBLEMA e.g. supervisão nos cuidados pessoais DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA
- 3= PROBLEMA GRAVE e.g. ausência ou insuficiente higiene pessoal
- 9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR 0 OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 5

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES RELATIVAMENTE AOS CUIDADOS PESSOAIS?

0 1

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. incentivo ocasional para mudar de roupa
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. insistir na prática regular de duche / banho
- 3= MUITA AJUDA e.g. supervisão diária dos diversos cuidados pessoais
- 9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERVIÇOS SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) RELATIVAMENTE AOS CUIDADOS PESSOAIS ?

0 0

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DESSES SERVIÇOS , RELATIVAMENTE AOS CUIDADOS PESSOAIS ?

0 0

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. incentivo ocasional
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. supervisão semanal da lavagem pessoal
- 3= MUITA AJUDA e.g. supervisão dos vários aspectos dos cuidados pessoais , programa de aquisição de autocuidados
- 9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA ADEQUADA DE AJUDA RELATIVAMENTE AOS CUIDADOS PESSOAIS ?

0 0

(0= NÃO , 1= SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE RELATIVAMENTE AOS AUTOCUIDADOS ?

0

(0=NÃO SATISFEITA, 1= SATISFEITA)

5. ACTIVIDADES DIÁRIAS

AVALIAÇÃO
tutentes técnicos

A PESSOA TEM DIFICULDADE COM AS ACTIVIDADES DIÁRIAS, REGULARES E APROPRIADAS ?

Como ocupa o seu dia ?
Tem actividades suficientes para se ocupar ?

0= SEM PROBLEMA e.g. emprego a tempo completo ou suficientemente ocupado com actividades domésticas /sociais

1= SEM/ ALGUM PROBLEMA e.g. frequência de um centro de dia DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA

2= PROBLEMA GRAVE e.g. sem nenhum tipo de emprego e sem ocupação suficiente com actividades domésticas /sociais

9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 6

1 2

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES PARA ENCONTRAR OU MANTER ACTIVIDADES DIÁRIAS, REGULARES E APROPRIADAS ?

0= NENHUMA

1=POUCA AJUDA e.g. aconselhamento ocasional acerca das actividades diárias

2= ALGUMA AJUDA e.g. arranjou actividades diárias tais como educação de adultos ou frequência de centros de dia

3= MUITA AJUDA e.g. supervisão regular nas actividades diárias , visitas diárias

9= DESCONHECIDA

0 0

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERV. SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC), PARA PROCURAR OU MANTER ACTIVIDADES DIÁRIAS, REGULARES E APROPRIADAS ?

1 1

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES SERVIÇOS PARA ENCONTRAR OU MANTER ACTIVIDADES DIÁRIAS, REGULARES E APROPRIADAS ?

1 2

0= NENHUMA

1= POUCA AJUDA e.g. Treino profissional / educação de adultos

2= ALGUMA AJUDA e.g. Trabalho protegido diário. Frequência de centro de dia 2-4 dias por semana

3= MUITA AJUDA e.g. Frequência diária de centro de dia ou hospital de dia

9= DESCONHECIDA

À PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA RELATIVAMENTE ÀS ACTIVIDADES DIÁRIAS ?
(0= NÃO, 1 = SIM, 9= DESCONHECIDA)

1 0

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE RELATIVAMENTE ÀS ACTIVIDADES DIÁRIAS ?
(0 = NÃO SATISFEITA , 1= SATISFEITA)

1

6. SAÚDE FÍSICA

AValiação
utentes técnicos

A PESSOA TEM ALGUMA INCAPACIDADE OU ALGUMA DOENÇA FÍSICA ?

*Como se sente em termos de saúde física ?
Efectua algum tratamento para problemas físicos, instituído pelo seu médico ?*

0= SEM PROBLEMA e.g. fisicamente bem

1= SEM/ ALGUM PROBLEMA DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTINUA e.g.doença física, como HTA, recebendo tratamento adequado

2= PROBLEMA GRAVE e.g.doença física, não tratada, também inclui os efeitos acessórios

9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 7

0 1

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES RELATIVAMENTE AOS PROBLEMAS DE SAÚDE FÍSICA ?

0= NENHUMA

1=POUCA AJUDA eg. sugerindo a ida ao médico

2= ALGUMA AJUDA e.g. acompanhar na ida ao médico

3= MUITA AJUDA e.g.ajuda diária na ida à casa de banho, alimentação ou mobilização

9= DESCONHECIDA

1 2

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERVIÇOS SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) EM RELAÇÃO AOS PROBLEMAS DE SAÚDE FÍSICA ?

1 2

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES SERVIÇOS EM RELAÇÃO AOS PROBLEMAS DE SAÚDE FÍSICA ?

0= NENHUMA

1= POUCA AJUDA e.g.fornecer dieta , aconselhar a família

2=ALGUMA AJUDA e.g. prescrever medicação ou consulta regular com o médico de família / enfermeira

3= MUITA AJUDA ex.consultas hospitalares frequentes, alterações na casa

9= DESCONHECIDA

0 2

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA RELATIVAMENTE AOS PROBLEMAS FÍSICOS ?
(0= NÃO, 1 = SIM, 9= DESCONHECIDA)

1 1

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE RELATIVAMENTE AOS PROBLEMAS FÍSICOS ?
(0 = NÃO SATISFEITA , 1= SATISFEITA)

1

7.SINTOMAS PSICÓTICOS

AVALIAÇÃO
utentes técnicos

A PESSOA TEM ALGUNS SINTOMAS PSICÓTICOS, COMO IDEIAS DELIRANTES, ALUCINAÇÕES, DISTÚRBIOS FORMAIS DO PENSAMENTO OU EXPERIÊNCIAS DE PASSIVIDADE ? *

0 1

Alguma vez teve experiências difíceis de explicar, tais como ouvir vozes, ideias de perseguição, etc ?

Está a efectuar alguma medicação ou injeções ? Para que servem ?

- 0= SEM PROBLEMA e.g. sem sintomas positivos ou em remissão e sem estar a efectuar medicação
- 1= SEM / ALGUM PROBLEMA DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA e.g. recebe medicação ou outra ajuda
- 2= PROBLEMA GRAVE e.g. presentemente com sintomas ou em risco de os desenvolver
- 9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 8

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES FACE AOS SINTOMAS PSICÓTICOS ?

1 1

- 0= NENHUMA
- 1=POUCA AJUDA e.g. alguma compreensão e suporte
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. prestadores informais de cuidados envolvidos na ajuda com estratégias de coping ou adesão à medicação
- 3= MUTTA AJUDA e.g. supervisão constante da medicação e ajuda com estratégias de coping
- 9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERV. SOCIAIS, AUTARQUIAS) FACE AOS SINTOMAS PSICÓTICOS ?

1 2

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES SERVIÇOS FACE AOS SINTOMAS PSICÓTICOS ?

1 2

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. revisão trimestral (ou mais espaçada) da medicação e grupos de apoio
- 2=ALGUMA AJUDA e.g. revisão da medicação com frequência maior que trimestral , terapia psicológica estruturada
- 3= MUTTA AJUDA e.g. cuidados hospitalares durante 24 horas e medicação ou intervenção domiciliar na crise
- 9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA FACE AOS SINTOMAS PSICÓTICOS ?

1 1

(0= NÃO, 1= SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE FACE AOS SINTOMAS PSICÓTICOS ?

1

(0 = NÃO SATISFEITA , 1= SATISFEITA)

* Explorar este item adequadamente sob o ponto de vista Psicopatológico

8. INFORMAÇÃO SOBRE A DOENÇA E TRATAMENTO

AVALIAÇÃO
utentes técnicos

A PESSOA RECEBEU INFORMAÇÃO ESCRITA OU VERBAL CLARA SOBRE A DOENÇA E RESPECTIVO TRATAMENTO ? 0 1

*Tem recebido informação clara sobre a medicação ou outro tratamento ?
Considera útil e suficiente a informação que recebeu ?*

0= SEM PROBLEMA e.g. recebeu e entendeu informação adequada

1= SEM/ ALGUM PROBLEMA DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA e.g. não recebeu ou não entendeu toda a informação

2= PROBLEMA GRAVE e.g. não recebeu nenhuma informação

9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 9

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES PARA OBTER ESSA INFORMAÇÃO ? 1 1

0= NENHUMA

1=POUCA AJUDA e.g. algum aconselhamento de familiares ou amigos

2= ALGUMA AJUDA e.g. familiares ou amigos fornecem informações ou põe a pessoa em contacto com grupos de auto ajuda

3= MUITA AJUDA e.g. contacto regular com médicos ou grupos como resultado da preocupação de amigos ou familiares

9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERV. SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) PARA OBTER ESSA INFORMAÇÃO ? 1 2

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES SERVIÇOS PARA OBTER ESSA INFORMAÇÃO ? 0 3

0= NENHUMA

1= POUCA AJUDA e.g. informação verbal breve sobre a doença / problema

2=ALGUMA AJUDA e.g. informação específica sobre grupos de autoajuda, sessões com informação verbal mais longa sobre fármacos e alternativas ao tratamento

3= MUITA AJUDA e.g. informação escrita detalhada fornecida ou recebeu educação específica sobre este assunto

9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA PARA OBTER ESSA INFORMAÇÃO ? 1 1

(0= NÃO, 1 = SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE PARA OBTER ESSA INFORMAÇÃO ? 1

(0 = NÃO SATISFEITA , 1= SATISFEITA)

9. SOFRIMENTO PSICOLÓGICO

AVALIAÇÃO
utentes técnicos

A PESSOA ESTÁ EM "SOFRIMENTO PSICOLÓGICO" ?

*Tem se sentido recentemente muito triste ou em "baixo" ?
Tem sentido ansiedade ou medo excessivo?*

0= SEM PROBLEMA e.g. ligeiro ou ocasional sofrimento psicológico

1= SEM/ ALGUM PROBLEMA e.g. recebe aconselhamento regular
DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA

2= PROBLEMA GRAVE e.g. sofrimento psicológico afecta
significativamente a vida, como impedir que a pessoa saia à rua

9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 10

0 1

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES FACE AO SEU "SOFRIMENTO PSICOLÓGICO" ?

0= NENHUMA

1= POUCA AJUDA e.g. alguma compreensão ou apoio

2= ALGUMA AJUDA e.g. tem oportunidade (pelo menos semanal) de falar
acerca do sofrimento psicológico com amigos ou familiares

3= MUITA AJUDA e.g. supervisão e apoio constante

9= DESCONHECIDA

1 1

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERVIÇOS SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) RELATIVAMENTE AO SOFRIMENTO PSICOLÓGICO ?

0 1

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES SERVIÇOS RELATIVAMENTE AO SOFRIMENTO PSICOLÓGICO ?

0= NENHUMA

1= POUCA AJUDA e.g. avaliação do estado mental ou suporte ocasional

2= ALGUMA AJUDA e.g. tratamento psicológico ou social específico para
a ansiedade. Aconselhamento pelos técnicos (pelo menos semanalmente).

3= MUITA AJUDA e.g. cuidados hospitalares 24 horas ou
intervenção na crise

9= DESCONHECIDA

1 2

A PESSOA RECEBE A FORMA DE AJUDA CORRECTA RELATIVAMENTE AO SOFRIMENTO PSICOLÓGICO?
(0= NÃO, 1 = SIM, 9= DESCONHECIDA)

1 1

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE RELATIVAMENTE A ESSE SOFRIMENTO ?
(0 NÃO SATISFEITA, 1= SATISFEITA)

1

10. RISCO DE DANOS PARA O PRÓPRIO

AVALIAÇÃO
técnicos

A PESSOA ENVOLVE-SE EM SITUAÇÕES DE RISCO PARA ELA PRÓPRIA ? 0 0

Já alguma vez teve pensamentos de fazer mal a si mesmo ou efectuou mesmo autoagressão /tentativa de suicídio ?

0= SEM PROBLEMA e.g. sem ideias suicidas

1= SEM/ ALGUM PROBLEMA e.g. risco de suicídio acompanhado pelos DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA técnicos ou aconselhamento

2= PROBLEMA GRAVE eg. expressou ideias de suicídio durante o último mês ou expos-se a situações de risco

9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 11

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES PARA REDUZIR O RISCO DE CAUSAR DANOS A SI PRÓPRIA ? 1 0

0= NENHUMA

1=POUCA AJUDA e.g. capaz de contactar amigos ou familiares se se sentir em risco ou em perigo

2= ALGUMA AJUDA e.g. amigos ou familiares com contacto regular e interessados em saber se a pessoa está em risco

3= MUITA AJUDA e.g. amigos ou familiares com contacto regular e muito interessados em saber e em prestar ajuda, se a pessoa estiver em risco

9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERV. SOCIAIS, AUTARQUIAS,ETC) PARA REDUZIR O RISCO DE CAUSAR DANOS A SI PRÓPRIA ? 0 1

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES SERVIÇOS, PARA REDUZIR O RISCO DE CAUSAR DANOS A SI PRÓPRIA ? 0 1

0= NENHUMA

1= POUCA AJUDA e.g. alguém para contactar quando se sente em perigo

2=ALGUMA AJUDA e.g. técnicos efectuam avaliação no mínimo semanal, aconselhamento e apoio regular

3= MUITA AJUDA e.g. supervisão diária ou no internamento

9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA PARA REDUZIR O RISCO DE CAUSAR DANOS A SI PRÓPRIA ? 1 1

(0= NÃO, 1 = SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE PARA REDUZIR ESSE RISCO ? 1

(0 = NÃO SATISFEITA , 1= SATISFEITA)

11. RISCO DE DANOS PARA OS OUTROS

AVALIAÇÃO
utentes técnicos

A PESSOA É OU REPRESENTA UM RISCO POTENCIAL PARA A SEGURANÇA DOS OUTROS. ?

0 2

Em determinadas circunstâncias pensa que pode chegar a ser perigoso para as outras pessoas? Já alguma vez perdeu o controle e agrediu alguém?

- 0= SEM PROBLEMA e.g. sem história de violência ou comportamento ameaçador
- 1= SEM/ ALGUM PROBLEMA eg. supervisão regular devido a DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA risco potencial
- 2= PROBLEMA GRAVE e.g. violência recente ou episódio violento recente ou ameaça
- 9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 12

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES PARA REDUZIR O RISCO DE SE TORNAR PERIGOSA PARA OS OUTROS ?

0 1

- 0= NENHUMA
- 1=POUCA AJUDA e.g. ajuda (pelo menos semanal) em relação a comportamentos ou ameaças
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. ajuda em relação a comportamentos ou ameaças, com uma frequência maior que semanal
- 3= MUITA AJUDA e.g. praticamente ajuda constante em relação a comportamentos ou ameaças persistente
- 9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS, (SNS, SERV.SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC), PARA REDUZIR O RISCO DE SE TORNAR PERIGOSA PARA COM OS OUTROS ?

1 2

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES SERVIÇOS PARA REDUZIR O RISCO DE SE TORNAR PERIGOSA PARA COM OS OUTROS ?

0 2

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. supervisão do comportamento (pelo menos semanal)
- 2=ALGUMA AJUDA e.g. supervisão diária
- 3= MUITA AJUDA e.g. supervisão constante, programa específico de coping
- 9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA PARA REDUZIR O RISCO DE SE TORNAR PERIGOSA PARA OS OUTROS ? (0= NÃO, 1 = SIM, 9= DESCONHECIDA)

1 1

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE PARA REDUZIR O RISCO DE SE TORNAR PERIGOSA PARA OS OUTROS? (0 = NÃO SATISFEITA , 1= SATISFEITA)

1

12. ALCOOL

AVALIAÇÃO
utentes técnicos

A PESSOA BEBE EXCESSIVAMENTE OU TEM PROBLEMA EM CONTROLAR A INGESTÃO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS ? 0 1

*O consumo de bebidas alcoólicas causa-lhe algum problema ?
Gostaria de reduzir o seu consumo de bebidas alcoólicas ?*

0= SEM PROBLEMA	e.g. sem problemas para controlar a ingestão alcoólica
1= SEM/ ALGUM PROBLEMA DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA	e.g. em risco de dependência alcoólica ou a receber ajuda
2= PROBLEMA GRAVE	e.g. actualmente tem consumos alcoólicos nocivos e incontroláveis
9= DESCONHECIDO	

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 13

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES RELATIVAMENTE AO CONSUMO DE ALCOOL ? 0 1

0= NENHUMA
1= POUCA AJUDA ex. aconselhada a reduzir o consumo
2= ALGUMA AJUDA ex. aconselhada a ir aos Alcoólicos Anónimos
3= MUITA AJUDA ex. monitorização diária em relação ao consumo de bebidas alcoólicas
9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERVIÇOS SOCIAIS, AUTARQUIAS,ETC) EM RELAÇÃO AO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS ? 0 2

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES SERVIÇOS RELATIVAMENTE AO CONSUMO DE ALCOOL ? 0 1

0= NENHUMA
1= POUCA AJUDA e.g. informação acerca dos riscos
2= ALGUMA AJUDA e.g. informação detalhada sobre locais de Autoajuda ou de tratamento
3= MUITA AJUDA e.g. presença nos Alcoólicos Anónimos ou numa clínica de alcoologia, programa terapêutico para a desintoxicação
9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA EM RELATIVAMENTE AO CONSUMO DE ALCOOL ? 0 1

(0= NÃO, 1 = SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE RELATIVAMENTE AO CONSUMO ALCOOL? 1

(0 = NÃO SATISFEITA , 1= SATISFEITA)

13. DROGAS

AVALIAÇÃO
utentes técnicos

A PESSOA TEM ALGUM PROBLEMA DE TOXICODEPENDÊNCIA ?

Toma algumas drogas ou medicamentos que não tenham sido prescritos ?
Tem dificuldade em parar de consumir alguma droga ou medicamento ?

0= SEM PROBLEMA	ex.sem dependência nem abuso de drogas
1= SEM/ ALGUM PROBLEMA DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA	ex. recebe ajuda para o abuso ou dependência de drogas
2= PROBLEMA GRAVE	ex.dependência ou abuso de drogas lícitas ou ilícitas, prescritas ou não
9= DESCONHECIDO	

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 14

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES EM RELAÇÃO AO CONSUMO DE DROGAS ?

0= NENHUMA	
1=POUCA AJUDA	e.g. aconselhamento ocasional e apoio
2=ALGUMA AJUDA	e.g. aconselhamento regular e contacto com serviços de informação e apoio
3= MUITA AJUDA	e.g.supervisão e ligação a outros serviços
9= DESCONHECIDA	

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERVIÇOS SOCIAIS, AUTARQUIAS,ETC) EM RELAÇÃO AOS CONSUMOS DE DROGAS ?

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES SERVIÇOS EM RELAÇÃO AOS CONSUMOS DE DROGAS ?

0= NENHUMA	
1= POUCA AJUDA	e.g.aconselhamento pelo médico de família
2=ALGUMA AJUDA	e.g. Clínica / Centro de Toxicodependência
3= MUITA AJUDA	e.g.assistência na privação e cuidados no internamento
9= DESCONHECIDA	

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA RELATIVAMENTE AOS CONSUMOS DE DROGAS ?

(0= NÃO, 1 = SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE EM RELAÇÃO AOS CONSUMOS DE DROGAS ?

(0 = NÃO SATISFEITA , 1= SATISFEITA)

14. CONTACTOS SOCIAIS

AValiação
utentes técnicos

A PESSOA NECESSITA DE AJUDA NOS CONTACTOS SOCIAIS ? 0 2

Sente que passa muito tempo sozinho ?
Gostaria de ter mais contactos com os outros ?

0= SEM PROBLEMA	e.g. capaz de estabelecer contactos sociais e ter amigos suficientes
1= SEM/ ALGUM PROBLEMA DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA	e.g. frequência de centros de dia, grupos religiosos, etc
2= PROBLEMA GRAVE	e.g. sentir-se com frequência só e isolado
9= DESCONHECIDO	

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 15

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES FACE AOS OS CONTACTOS SOCIAIS ? 1 1

0= NENHUMA	
1= POUCA AJUDA	e.g. contacto social com frequência menor que semanal
2= ALGUMA AJUDA	e.g. contacto social semanal ou mais frequente
3= MUITA AJUDA	e.g. contacto social pelo menos quatro vezes por semana
9= DESCONHECIDA	

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERV.SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) NO DESENVOLVIMENTO DE CONTACTOS SOCIAIS ? 0 0

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES SERVIÇOS PARA DESENVOLVER CONTACTOS SOCIAIS? 2 2

0= NENHUMA	
1= POUCA AJUDA	e.g. aconselhamento sobre centros / "clubes" sociais
2= ALGUMA AJUDA	e.g. frequência semanal de centro de dia ou outro grupo na comunidade
3= MUITA AJUDA	e.g. presença diária em centro de dia
9= DESCONHECIDA	

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA PARA ESTABELECER CONTACTOS SOCIAIS ? 0 0

(0= NÃO, 1 = SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE PARA ESTABELECER CONTACTOS SOCIAIS? 0

(0= NÃO SATISFEITA , 1= SATISFEITA)

15.RELAÇÕES ÍNTIMAS

AVALIAÇÃO
utentes técnicos

A PESSOA TEM DIFICULDADE EM ENCONTRAR UM COMPANHEIRO/A OU EM MANTER UM RELAÇÃO ÍNTIMA ?

Você tem um namorado / a ?

Tem problemas no seu namoro / casamento ?

0= SEM PROBLEMA e.g. tem relação satisfatória ou sem problemas por não ter companheiro/a

1= SEM/ ALGUM PROBLEMA e.g. recebe terapia conjugal DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA

2= PROBLEMA GRAVE e.g.violência doméstica ; pretende ter namorado/a

9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 16

QUAL A AJUDA QUE RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES PARA DESENVOLVER E MANTER UMA RELAÇÃO ÍNTIMA ?

0= NENHUMA

1=POUCA AJUDA e.g. algum suporte emocional

2= ALGUMA AJUDA e.g. várias conversas de apoio

3= MUITA AJUDA e.g.conversas de apoio mais intensas e sobre como lidar com os sentimentos

9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERV. SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) PARA DESENVOLVER E MANTER RELAÇÕES ÍNTIMAS ?

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES SERVIÇOS PARA DESENVOLVER E MANTER RELAÇÕES ÍNTIMAS? ?

0= NENHUMA

1= POUCA AJUDA e.g.algumas conversas de apoio

2=ALGUMA AJUDA e.g.várias conversas de apoio

3= MUITA AJUDA e.g.terapia conjugal, treino de aptidões sociais

9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA PARA DESENVOLVER E MANTER RELAÇÕES ÍNTIMAS ?

(0= NÃO, 1 = SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE PARA DESENVOLVER E MANTER RELAÇÕES ÍNTIMAS ?

(0 = NÃO SATISFEITA , 1= SATISFEITA)

16.RELACIONAMENTO SEXUAL

AVALIAÇÃO
utentes técnicos

A PESSOA TEM PROBLEMAS COM A SUA VIDA SEXUAL ?
Está satisfeito com a sua vida sexual ?
Sente alguma dificuldade a esse nível ?

0= SEM PROBLEMA e.g. satisfeito com a vida sexual

1= SEM/ ALGUM PROBLEMA e.g. recebe terapia sexual DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA

2= PROBLEMA GRAVE e.g. dificuldade sexual grave

9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 17

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS E FAMILIARES COM OS PROBLEMAS NA SUA VIDA SEXUAL ?

0= NENHUMA

1= POUCA AJUDA e.g. algum aconselhamento

2= ALGUMA AJUDA e.g. várias conversas, material informativo, fornecer contraceptivos, etc

3= MUITA AJUDA e.g. estabelecer contacto com centros de aconselhamento e possível acompanhamento na ida a esse centro. Acessibilidade para conversar sobre este problema

9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERV.SOCIAIS, AUTARQUIAS,ETC) FACE AOS PROBLEMAS DA SUA VIDA SEXUAL ?

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES SERVIÇOS FACE AOS PROBLEMAS DA SUA VIDA SEXUAL ?

0= NENHUMA

1= POUCA AJUDA e.g. informação sobre contracepção, sobre sexo seguro e sobre impotência induzida por drogas ou fármacos

2= ALGUMA AJUDA e.g. conversas regulares sobre sexo

3= MUITA AJUDA e.g. terapia sexual

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA FACE AOS PROBLEMAS DA SUA VIDA SEXUAL ?
 (0= NÃO, 1 = SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE FACE AOS PROBLEMAS DA VIDA SEXUAL ?

(0 = NÃO SATISFEITA , 1= SATISFEITA)

18. EDUCAÇÃO BÁSICA

AVALIAÇÃO
utentes técnicos

A PESSOA NÃO TEM PERÍCIAS BÁSICAS EM TERMOS DE LITERACIA E ACTIVIDADES DE CÁLCULO ?

Tem dificuldade em compreender, ler ou escrever Português ?
Tem dificuldade em confirmar o troco que recebe numa loja ?

- 0= SEM PROBLEMA e.g. capaz de compreender, ler ou escrever português
1= SEM/ ALGUM PROBLEMA DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA e.g. recebe ajuda de familiares
2= PROBLEMA GRAVE e.g. dificuldade com actividades básicas de leitura e cálculo, ausência de fluência na língua portuguesa
9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR 0 OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 19

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES PARA LER E FAZER CONTAS ?

- 0= NENHUMA
1= POUCA AJUDA e.g. ajuda ocasional para ler e escrever frases
2= ALGUMA AJUDA e.g. põs a pessoa em contacto com escolas
3= MUITA AJUDA e.g. ensina a pessoa a ler
9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERV. SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) COM A ARITMÉTICA E A LITERACIA ?

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES SERVIÇOS COM A ARITMÉTICA E A LITERACIA ?

- 0= NENHUMA
1= POUCA AJUDA e.g. auxílio no preenchimento de formulários
2= ALGUMA AJUDA e.g. dar informações e conselhos sobre escolas
3= MUITA AJUDA e.g. frequência de aulas de educação para adultos
9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA COM A ARITMÉTICA E A LITERACIA ?
(0= NÃO, 1 = SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A

AJUDA QUE RECEBE COM A ARITMÉTICA E COM A LITERACIA ?
(0 = NÃO SATISFEITA , 1= SATISFEITA)

19.UTILIZAÇÃO DO TELEFONE

AVALIAÇÃO
utentes técnicos

A PESSOA TEM DIFICULDADE EM TER ACESSO OU EM UTILIZAR O TELEFONE ?

Sabe como utilizar um telefone ?

É fácil para si ter acesso ao telefone ?

- 0= SEM PROBLEMA e.g.telefone a funcionar em casa ou fácil acesso a telefone pago
- 1= SEM/ ALGUM PROBLEMA e.g.tem acesso a telefone quando DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA o requisita
- 2= PROBLEMA GRAVE e.g.sem acesso a telefone ou incapaz de o utilizar
- 9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 20

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES PARA EFECTUAR CHAMADAS TELEFÓNICAS ?

- 0= NENHUMA
- 1=POUCA AJUDA e.g. ajuda a efectuar telefonemas (menos do que uma vez por. mês ou em situações de emergência)
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. ajuda mensal a diária
- 3= MUITA AJUDA e.g. ajuda disponível sempre que pretendida
- 9= DESCONHECTIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERV. SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) PARA EFECTUAR CHAMADAS TELEFÓNICAS ?

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DOS SERVIÇOS LOCAIS, PARA EFECTUAR TELEFONEMAS ?

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. acesso ao telefone quando pretendido
- 2=ALGUMA AJUDA e.g. fornecimento de cartão telefónico
- 3= MUITA AJUDA e.g.contribuir para a instalação de um telefone em casa
- 9= DESCONHECTIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA PARA EFECTUAR CHAMADAS TELEFÓNICAS ?

(0= NÃO, 1 = SIM, 9= DESCONHECTIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE PARA EFECTUAR TELEFONEMAS ?

20.UTILIZAÇÃO DE TRANSPORTES

AVALIAÇÃO
utentes técnicos

A PESSOA TEM ALGUMA DIFICULDADE NA UTILIZAÇÃO DE TRANSPORTES PÚBLICOS ?

Tem dificuldade em utilizar o autocarro, metro ou comboio ?
Recebe um passe de autocarro / metro gratuito ?

- 0= SEM PROBLEMA e.g.capaz de utilizar transportes ou tem acesso a carro
- 1= SEM/ ALGUM PROBLEMA DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA e.g.passe ou outra ajuda com os transportes
- 2= PROBLEMA GRAVE eg..incapaz ou sem possibilidade de utilizar os transportes públicos
- 9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR 0 OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 21

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE FAMILIARES OU AMIGOS COM OS TRANSPORTES ?

- 0= NENHUMA
- 1=POUCA AJUDA eg.. encorajamento para utilizar transportes
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. acompanhado com frequência nos transportes
- 3= MUITA AJUDA e.g. fornece transporte sempre que necessário
- 9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERV. SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) COM OS TRANSPORTES ?

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES SERVIÇOS COM OS TRANSPORTES ?

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA eg.. fornecem passe para transportes públicos
- 2=ALGUMA AJUDA eg.. despesas para taxi
- 3= MUITA AJUDA eg. transporte para as consultas em ambulância
- 9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA COM OS TRANSPORTES?

(0= NÃO, 1 = SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE COM OS TRANSPORTES ?

(0 = NÃO SATISFEITA , 1= SATISFEITA)

21. DINHEIRO

AValiação
técnicos

A PESSOA TEM DIFICULDADE EM GERIR O SEU DINHEIRO ?

0 2

*Tem alguma dificuldade em gerir o seu dinheiro ?
Consegue pagar as suas contas / despesas ?*

- 0= SEM PROBLEMA e.g. capaz de comprar bens essenciais e pagar as contas
- 1= SEM/ ALGUM PROBLEMA DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA e.g. recebe algum tipo de ajuda para gerir o dinheiro
- 2= PROBLEMA GRAVE e.g. com frequência não tem dinheiro para bens essenciais ou para pagar as contas
- 9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 22

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES PARA GERIR O SEU DINHEIRO ?

0 1

- 0= NENHUMA
- 1=POUCA AJUDA e.g.ajuda ocasional na selecção das despesas domésticas
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. ajuda no orçamento semanal
- 3= MUTTA AJUDA ex.disposição formal tal como tutela atribuída por decisão judicial

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERV. SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC)PARA GERIR O SEU DINHEIRO ?

0 0

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES SERVIÇOS PARA GERIR O SEU DINHEIRO ?

0 2

- 0= NENHUMA
- 1=POUCA AJUDA e.g.ajuda ocasional com o orçamento
- 2=ALGUMA AJUDA e.g.supervisão no pagamento da renda e dinheiro fornecido para despesas semanais
- 3= MUTTA AJUDA e.g. dinheiro para despesas fornecido diariamente
- 9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA PARA GERIR O SEU DINHEIRO ?

1 9

(0= NÃO, 1 = SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE PARA GERIR O SEU DINHEIRO ?

1

0 = NÃO SATISFEITA , 1= SATISFEITA)

22. SUBSÍDIOS / BENEFÍCIOS SOCIAIS

AVALIAÇÃO
utentes técnicos

A PESSOA RECEBE TODOS OS SUBSÍDIOS A QUE TEM DIREITO ?

Tem a certeza de que recebe todos os subsídios a que tem direito ?

- 0= SEM PROBLEMA e.g. recebe todos os subsídios a que tem direito
- 1= SEM/ ALGUM PROBLEMA DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA e.g. ajuda para obter alguns ou todos os subsídios
- 2= PROBLEMA GRAVE e.g. não sabe /não recebe os subsídios a que tem direito
- 9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 TERMINOU O INQUÉRITO

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES PARA OBTER OS SUBSÍDIOS A QUE TEM DIREITO ?

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. por vezes perguntam se a pessoa está a receber algum dinheiro
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. ajuda no preenchimento dos formulários
- 3= MUITA AJUDA e.g. informou sobre todos os subsídios a que tem direito
- 9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERV. LOCAIS, AUTARQUIAS, ETC) PARA OBTER TODOS OS SUBSÍDIOS A QUE TEM DIREITO ?

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES SERVIÇOS PARA OBTER OS SUBSÍDIOS ?

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. aconselhamento ocasional sobre subsídios
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. auxílio no preenchimento de formulários
- 3= MUITA AJUDA e.g. foi efectuada uma avaliação detalhada sobre todos os possíveis subsídios
- 9= DESCONHECIDA

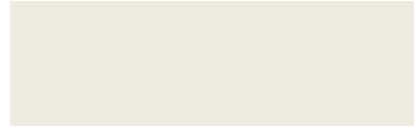
A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA PARA OBTER OS SUBSÍDIOS A QUE TEM DIREITO ?

(0= NÃO, 1 = SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE PARA OBTER OS SUBSÍDIOS A QUE TEM DIREITO ?

(0= NÃO SATISFEITA , 1= SATISFEITA)

ANEXO B - Autorização da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde onde decorreram os Estágios



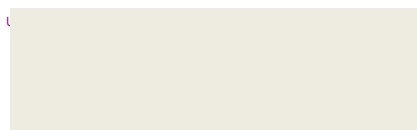
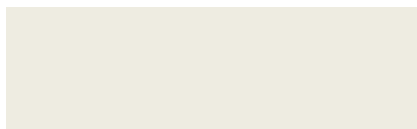
EXTRATO DA ACTA DA REUNIÃO N.º 02/2024 DA COMISSÃO DE ÉTICA HOMOLOGADA PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO EM 08.02.2024 (Ata nº 5, Ponto 4.1)

Aos dois de fevereiro de dois mil e vinte e quatro, pelas catorze horas e trinta minutos, na Sala João Paradela do Departamento de Saúde Mental da [REDACTED] EPE, reuniu a Comissão de Ética da [REDACTED] estando presentes: [REDACTED] [REDACTED], Psicóloga, [REDACTED], Capelão e Coordenador do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa, [REDACTED], Engenheiro do Serviço de Gestão Integrada, Gabinete da Qualidade, Segurança e Ambiente, [REDACTED], Assistente de Medicina Geral e Familiar, e [REDACTED] Farmacêutica. Não puderam estar presentes e justificaram a sua ausência [REDACTED] Assistente Graduada-Sénior de Psiquiatria, Diretora do Departamento de Saúde Mental, e Presidente desta Comissão, [REDACTED] Juiz e Presidente da Comarca de Beja, ([REDACTED] Técnica Superior de Serviço Social. -----

----- Foram tratados os seguintes assuntos: -----
««PONTO CINCO – EDOC/2024/4918 – Projeto: «Dinâmica Relacional Familiar no pós-alta Hospitalar do Doente Mental Grave: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica», a realizar por Ana Carina Sabino Madeira. -----
--- A Comissão de Ética não tem nada a opor e emite parecer favorável.-----

Beja, 14 de fevereiro 2024

A Presidente da Comissão de Ética



De: Ana Madeira [redacted]
Assunto: Pedido de Autorização para Estudo - Ana Madeira Esp. Enfermagem S. Mental Psiquiatria IPP
Data: 29 de novembro de 2023, 23:58
Para: [redacted]
Cc: [redacted]



Pedido de apreciação e parecer à Comissão de Ética [redacted]

Prezados Membros da Comissão de Ética, eu, Ana Carina Sabino Madeira, enfermeira, mestranda pelo Instituto Politécnico de Portalegre, na área de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica, a desempenhar Ensino Clínico atualmente no Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria, na Equipa Comunitária de Saúde Mental [redacted] r este meio solicitar um pedido de parecer à Comissão de Ética, conforme documento institucional em anexo.

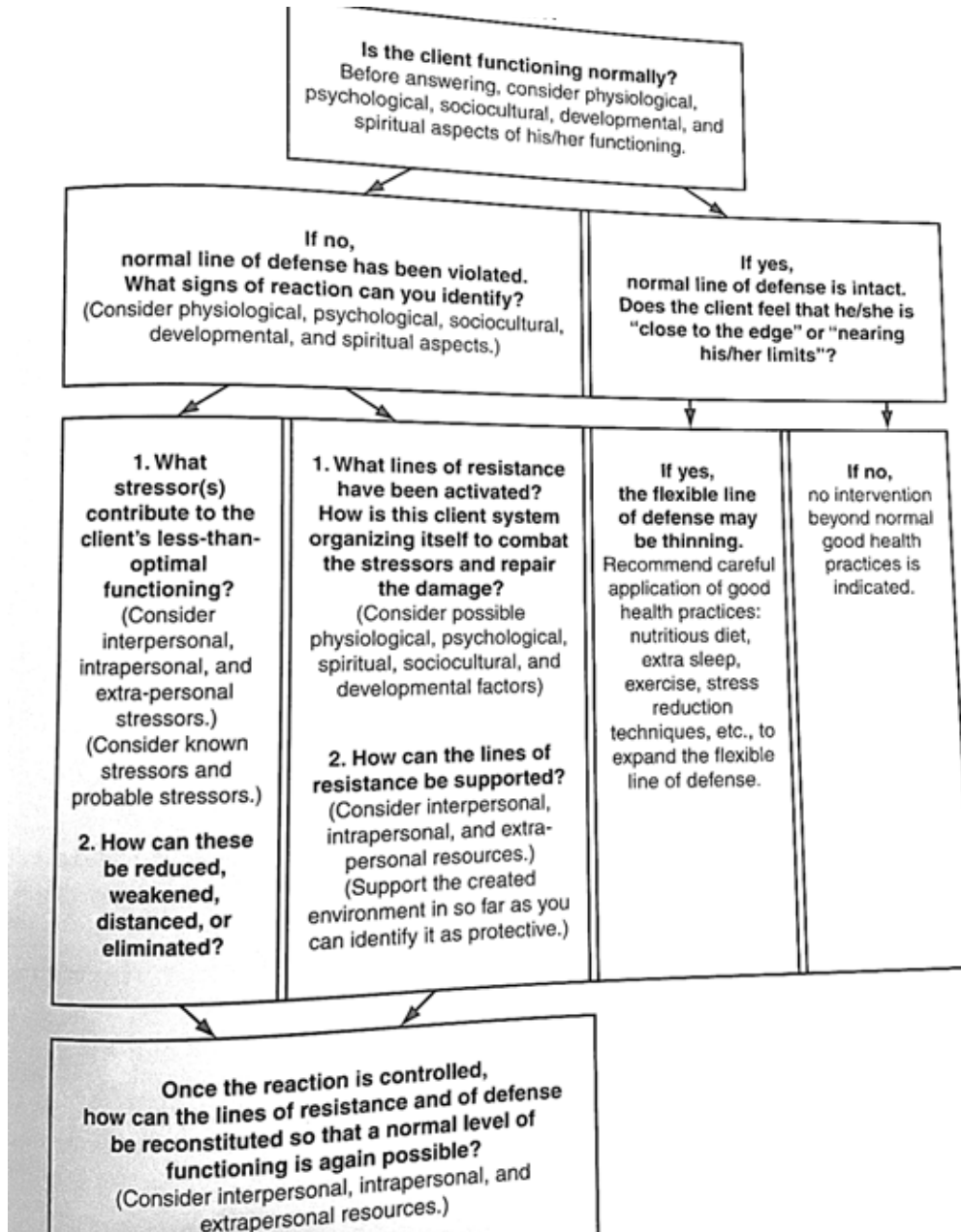
Pede Deferimento, com os respeitosos cumprimentos,

Ana Madeira



formulario-
CES.pdf

ANEXO C - Guidelines para aplicação do Modelo de Sistemas de Neuman



(Neuman e Fawcett, 2011, p. 125)

APÊNDICE A - Autorização e Resultados da pós-aplicação do Questionário FQP

Ana Madeira <anamadeiramail@gmail.com> escreveu no dia terça, 31/10/2023 à(s) 13:26:

Ao cuidado dos Exmos.: Drs. Miguel Xavier, Manuel Gonçalves Pereira, Bernardo Barahona Corrêa e José Miguel Caldas de Almeida

O meu nome é Ana Madeira, sou Enfermeira e encontro-me neste momento a frequentar o Curso de Mestrado de Enfermagem de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica pelo Instituto Politécnico de Portalegre.

Estou presentemente a desenvolver um trabalho de investigação com a finalidade de estudar a Sobrecarga Familiar subjacente à vivência com o Doente Mental Grave.

Neste contexto e tendo conhecimento do seu estudo desenvolvido para validação e adaptação do "Questionário de Problemas Familiares: Desenvolvimento da Versão Portuguesa de um Instrumento de Avaliação de Sobrecarga Familiar" (2002), venho por este meio solicitar a Vossas Excelências a autorização para a sua utilização no trabalho que me proponho desenvolver, intitulado "Dinâmica Relacional Familiar no pós-alta Hospitalar do Doente Mental Grave: Intervenção do EEESMP"

Não tenho a versão completa da escala, pelo que gostaria, em caso de deferimento da aplicabilidade da mesma, o seu envio integral.

Acredito que este instrumento seria um contributo essencial como coadjuvante na fundamentação da minha intervenção junto das famílias com quem trabalho neste ensino clínico no Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria, Equipa

Agradeço desde já a sua disponibilidade, e no caso de obtenção de parecer positivo, comprometo-me a fornecer os resultados obtidos.

Sem outro assunto de momento, despeço-me com os melhores cumprimentos, continuação de bom trabalho!

Ana

De: Miguel Xavier <[redacted]>
Assunto: Re: Pedido Autorização aplicação Instrumento de Avaliação Questionário de Problemas Familiares para minha especialidade
Data: 13 de novembro de 2023, 15:17:59 WET
Para: Ana Madeira <anamadeiramail@gmail.com>

Aqui vai.

MX

Miguel Xavier
Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental
Professor Catedrático de Psiquiatria
Sub-Director - Presidente do Conselho Científico
Faculdade Ciências Médicas | NOVA Medical School | UNL

Para algumas perguntas inclui-se a opção "7: não se aplica", para o caso de a situação descrita na pergunta nunca ter ocorrido. Por favor use esta opção quando apropriada.

1) (3) QUANDO AS COISAS CORREM ESPECIALMENTE MAL, POSSO PEDIR A OUTRAS PESSOAS (FAMILIARES OU AMIGOS QUE NÃO VIVEM CONNOSCO) PARA AJUDAR OU DAR APOIO À NOSSA FAMÍLIA.

4 Não 3 Posso pedir a uma pessoa 2 Posso pedir a duas ou três pessoas 1 Posso pedir a mais do que três pessoas

2) (4) JÁ RECEBI INFORMAÇÃO, FORNECIDA POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE, ACERCA DE COMO PROCEDER QUANDO S SE PORTA MAL OU DE MODO PERIGOSO.

4 Nenhuma 3 Quase nenhuma 2 Alguma, mas não o suficiente 1 Bastante, sinto que sei o que fazer

3) (5) NUMA EMERGÊNCIA ENVOLVENDO S, ESTOU CONFIANTE QUE OS MEUS FAMILIARES OU AMIGOS ME AJUDARÃO.

4 Nada 3 Um pouco 2 Bastante confiante 1 Completamente confiante

4) (6) NUMA EMERGÊNCIA ENVOLVENDO S, ESTOU CONFIANTE QUE SEREI IMEDIATAMENTE AJUDADO/A POR PROFISSIONAIS.

4 Nada 3 Um pouco 2 Bastante confiante 1 Completamente confiante

5) (9) OS MÉDICOS TOMAM CONTA DE S E AJUDAM-NO/A.

4 Muito 3 Bastante 2 Pouco 1 Nada

6) (10) AS ENFERMEIRAS TOMAM CONTA DE S E AJUDAM-NO/A.

4 Muito 3 Bastante 2 Pouco 1 Nada

7) (14) NOS ÚLTIMOS DOIS MESES, TIVE DE FICAR ACORDADO/A OU DE ACORDAR DURANTE A NOITE POR CAUSA DOS PROBLEMAS DE S.

4 Todas as noites 3 Muitas vezes 2 Às vezes 1 Nunca

8) (15) NOS ÚLTIMOS DOIS MESES, TIVE DE NEGLIGENCIAR OS MEUS PASSATEMPOS E AS COISAS QUE GOSTO DE FAZER NO MEU TEMPO LIVRE, PARA TOMAR CONTA DE S.

4 Sempre 3 Muitas vezes 2 Às vezes 1 Nunca

9) (16) NOS ÚLTIMOS DOIS MESES, TIVE DIFICULDADE EM SAIR NOS FINS-DE-SEMANA POR CAUSA DESTA SITUAÇÃO.

7 Não se aplica, não costumo sair nos fins-de-semana 4 Sempre 3 Muitas vezes 2 Às vezes 1 Nunca

10) (17) NOS ÚLTIMOS DOIS MESES, TIVE DIFICULDADE EM RECEBER AMIGOS OU FAMILIARES EM CASA, POR CAUSA DESTA SITUAÇÃO.

4 Sempre 3 Muitas vezes 2 Às vezes 1 Nunca

11) (18) NOS ÚLTIMOS DOIS MESES, NÃO TENHO VISTO AMIGOS E PESSOAS COM QUEM GOSTO DE PASSAR O MEU TEMPO LIVRE, POR CAUSA DESTA SITUAÇÃO.

4 Aconteceu sempre 3 Aconteceu muitas vezes 2 Aconteceu algumas vezes 1 Nunca aconteceu

12) (19) NOS ÚLTIMOS DOIS MESES, POR CAUSA DO ESTADO EM QUE SE ENCONTRA S, TIVE DIFICULDADE EM LEVAR A CABO O MEU TRABALHO OU ACTIVIDADES DOMÉSTICAS HABITUAIS, OU VI-ME OBRIGADO A FALTAR AO TRABALHO OU ÀS AULAS

4 Sempre 3 Muitas vezes 2 Às vezes 1 Nunca

13) (20) NOS ÚLTIMOS DOIS MESES, PARA TOMAR CONTA DE S, TIVE DE NEGLIGENCIAR OUTROS MEMBROS DA FAMÍLIA (POR EXEMPLO FILHOS, CÔNJUGE, ETC.).

7 Não se aplica, não vive nenhum outro familiar conosco 4 Sempre 3 Muitas vezes 2 Às vezes 1 Nunca

Questionário de Problemas Familiares

4

14) (21) NO ÚLTIMO ANO, TIVE DIFICULDADE EM FAZER FÉRIAS, POR CAUSA DESTA SITUAÇÃO.

7 Não se aplica, não costumo fazer férias
 4 Sim, foi impossível
 3 Sim, tive muitas dificuldades
 2 Sim, tive algumas dificuldades
 1 Não, não tive qualquer dificuldade

15) (29) NOS ÚLTIMOS DOIS MESES, SENTI QUE NÃO SERIA CAPAZ DE SUPORTAR ESTA SITUAÇÃO POR MAIS TEMPO.

4 Todos os dias
 3 Muitas vezes
 2 Às vezes
 1 Nunca

16) (30) NOS ÚLTIMOS DOIS MESES, QUANDO ESTAVA SOZINHO/A, CHOREI OU SENTI-ME DEPRIMIDO/A POR CAUSA DESTA SITUAÇÃO.

4 Todos os dias
 3 Muitas vezes
 2 Às vezes
 1 Nunca

17) (34) PREOCUPO-ME COM O FUTURO DE OUTROS MEMBROS DA FAMÍLIA, DEVIDO A ESTA SITUAÇÃO.

4 Muito
 3 Bastante
 2 Um pouco
 1 Nada

18) (35) NOS ÚLTIMOS DOIS MESES, QUANDO IA A UM LOCAL PÚBLICO COM S (LOJAS, IGREJA, RESTAURANTES, CINEMA, ETC.), SENTIA QUE TODA A GENTE NOS ESTAVA A OBSERVAR.

7 Não se aplica, nunca fui a um local público com S
 4 Sempre
 3 Muitas vezes
 2 Às vezes
 1 Nunca

19) (37) (Só para os pais do doente) SINTO-ME CULPADO PORQUE ACREDITO QUE EU OU O MEU CÔNJUGE PODEMOS TER TRANSMITIDO A DOENÇA A S.

4 Muito culpado
 3 Bastante culpado
 2 Um pouco culpado
 1 Nada culpado

20) (38) SE S NÃO TIVESSE ESTE PROBLEMA, TUDO ESTARIA BEM COM A NOSSA A FAMÍLIA.

4 Estou convencido disso 3 Penso isso com frequência 2 Às vezes penso isso 1 Nunca penso isso

21) (47) QUANDO PENSO COMO S ERA ANTES E COMO ELE/ELA É AGORA, SINTO-ME DESAPONTADO.

4 Muito 3 Bastante 2 Um pouco 1 Nada

22) (48) NOS ÚLTIMOS DOIS MESES, SENTI-ME SATISFEITO COM A MANEIRA COMO S AJUDOU EM CASA.

7 Não se aplica, S não costuma ajudar em casa 4 Completamente 3 Bastante 2 Um pouco 1 Nada

23) (54) NOS ÚLTIMOS DOIS MESES, QUANDO S SE COMPORTAVA DE UMA MANEIRA INVULGAR, ERA PORQUE ESTAVA A TENTAR ESTORVAR.

7 Não se aplica, S nunca se comportou de uma maneira invulgar 4 Sempre 3 Muitas vezes 2 Às vezes 1 Nunca

24) (55) NOS ÚLTIMOS DOIS MESES, S COOPEROU COM AQUELES QUE O/A TENTARAM AJUDAR.

4 Sempre 3 Muitas vezes 2 Um pouco 1 Nada

25) (58) MESMO QUE NÃO FOSSEMOS NÓS (MEMBROS DA FAMÍLIA), HAVERIA SEMPRE ALGUÉM PARA TOMAR CONTA DE S.

4 Sim, certamente 3 Sim, em muitos aspectos 2 Sim, em alguns aspectos 1 Não

26) (60) S É SENSÍVEL E PREOCUPA-SE COM OS PROBLEMAS DAS OUTRAS PESSOAS.

4 Muito 3 Bastante 2 Um pouco 1 Nada

Questionário de Problemas Familiares

6

27) (62) ESTOU CONVENCIDO DE QUE S POSSUI QUALIDADES OU TALENTOS ESPECIAIS (POR EXEMPLO, É MUITO INTELIGENTE, PERCEPTIVO OU SIMPÁTICO, OU TOCA UM INSTRUMENTO MUSICAL MUITO BEM).

4 Sim, completamente
 3 Sim, em muitos aspectos
 2 Sim, em alguns aspectos
 1 Não

Em caso afirmativo, por favor especifique.....

28) (63) NOS ÚLTIMOS DOIS MESES, A IDEIA DE ME AFASTAR DE S PASSOU-ME PELA CABEÇA.

4 Todos os dias
 3 Muitas vezes
 2 Às vezes
 1 Nunca

29) (64) LEVANDO TUDO EM CONTA, CONSEGUI RETIRAR ALGO DE POSITIVO DESTA SITUAÇÃO

4 Nada
 3 Um pouco
 2 Bastante
 1 Definitivamente

30-37) (67-74) DURANTE OS ÚLTIMOS DOZE MESES, APROXIMADAMENTE QUANTO DINHEIRO FOI GASTO PELA FAMÍLIA PARA COBRIR HONORÁRIOS DE MÉDICOS E PSICÓLOGOS, CUSTOS DE HOSPITALIZAÇÃO, ENFERMAGEM E OUTROS SERVIÇOS (EXCLUINDO MEDICAMENTOS) SEM SER REEMBOLSADA?

0

38-45) (75-82) DURANTE OS ÚLTIMOS DOZE MESES, APROXIMADAMENTE QUANTO DINHEIRO FOI GASTO PELA FAMÍLIA COM CURANDEIROS OU OUTRAS FORMAS SEMELHANTES DE TERAPIA ALTERNATIVA?

0

46-53) 83-90) DURANTE OS ÚLTIMOS DOZE MESES, QUANTO DINHEIRO FOI GASTO PELA FAMÍLIA EM MEDICAMENTOS PARA A DOENÇA DE S SEM SER REEMBOLSADA?

0

HÁ FILHOS MENORES DE 12 ANOS A VIVER NA SUA CASA ?

4
Sim

1
Não

Se sim, responda às duas questões seguintes:

54) (39) SINTO QUE A PRESENÇA DE S AFECTA NEGATIVAMENTE A VIDA SOCIAL DOS MEUS FILHOS (DESEMPENHO ESCOLAR, ACTIVIDADES DE LAZER, ETC.).

7 Não se aplica, não tenho filhos

4 Estou convencido disso

3 Penso isso com frequência

2 Às vezes penso isso

1 Nunca penso isso

55) (41) SINTO QUE A PRESENÇA DE S AFECTA NEGATIVAMENTE O BEM-ESTAR PSICOLÓGICO DOS MEUS FILHOS (POR EX. CHORAM, FICAM AMEDRONTADOS, AGRESSIVOS OU TÍMIDOS).

7 Não se aplica, não tenho filhos

4 Estou convencido disso

3 Penso isso com frequência

2 Às vezes penso isso

1 Nunca penso isso

Actualmente, está empregado ?

4
Sim

1
Não

Se sim, responda às duas questões seguintes:

56) (22) NO ÚLTIMO ANO, A MINHA SITUAÇÃO PROFISSIONAL FOI AFECTADA PELO ESTADO DE S.

7 Não se aplica, não trabalhei no ano passado, independentemente da situação de S

4 Sim, pedi uma reforma antecipada

3 Sim, mudei para um trabalho menos ambicioso

2 Sim, mudei para um trabalho com menos horas ou menos exigente

1 Não

57) (23) NO ÚLTIMO ANO, TIVE DE TRABALHAR MAIS (VOLTAR AO TRABALHO, FAZER HORAS EXTRAORDINÁRIAS, ETC.) PARA FAZER FACE ÀS DESPESAS.

7 Não se aplica, não trabalhei no ano passado, independentemente da situação de S

4 Sim, tive de trabalhar mais todo o ano

3 Sim, tive de trabalhar mais por vários meses

2 Sim, tive de trabalhar mais por várias semanas

1 Não

Questionário de Problemas Familiares

8

58-60) (91-93) QUANTO TEMPO DEMOROU A RESPONDER A ESTE QUESTIONÁRIO?

minutos

20

OBRIGADO POR TER COOPERADO CONNOSCO. ESPERAMOS QUE A INFORMAÇÃO QUE NOS FORNECEU VENHA A CONTRIBUIR PARA UM SERVIÇO MAIS EFICIENTE PARA O SEU FAMILIAR E PARA OUTROS QUE VIVEM COM PROBLEMAS SEMELHANTES.

Questionário de Problemas Familiares

9

SUBESCALAS:

Factor 1= Sobrecarga objectiva - Items**: 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 29, 30, 37

Factor 2= Ajuda recebida - Items: 3*, 4*, 5*, 6*, 9, 10, 58

Factor 3= Sobrecarga subjectiva - Items: 29, 30, 34, 35, 38, 47

Factor 4= Atitudes positivas - Items: 48, 55, 60, 62

Factor 5= Criticismo - Items: 54, 63, 64*

Secções adicionais: 22 e 23 custos indirectos, e 67, 75, 83
39 e 41 sobrecarga em crianças

* Inverter o valor do resultado (e.g., 1=4, 2=3, 3=2, 4=1)

Nota: o número entre parêntesis corresponde ao mesmo item com a numeração da versão prévia do instrumento.

** please refer to numbering between brackets, if present.

Análise de Dados Estatísticos – Resultados obtidos após aplicação do Instrumento de Avaliação FQP (Dez’2023)

Tabela A - Resultados do Questionário FQP

Número de Questão	Resultado
1	4
2	1
3	3
4	3
5	2
6	2
7	2
8	2
9	7
10	3
11	3
12	3
13	3
14	7
15	3
16	2
17	2
18	3
19	1
20	3
21	3
22	2
23	1
24	2
25	1
26	2
27	2
28	1
29	3
30 a 37	100 €
38 a 45	0
46 a 53	600 €
	A casa não tem filhos menores que 12 A

Tabela B - Subescalas do Questionário FQP

SUBESCALAS	
Factor 1	Sobrecarga objectiva - Items**: 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 29, 30, 37
Factor 2	Ajuda recebida - Items: 3*, 4*, 5*, 6*, 9, 10, 58
Factor 3	Sobrecarga subjectiva - Items: 29, 30, 34, 35, 38, 47
Factor 4	Atitudes positivas - Items: 48, 55, 60, 62
Factor 5	Criticismo - Items: 54, 63, 64*
Secções adicionais	22 e 23 custos indirectos
	67, 75, 83, 39 e 41 sobrecarga em crianças
* Inverter o valor do resultado (e.g., 1=4, 2=3, 3=2, 4=1)	
** por favor, consulte a numeração entre parêntesis retos, se presente.	
Nota: o número entre parêntesis corresponde ao mesmo item com a numeração da versão prévia do instrumento.	

	Não se encontra empregada
58 a 60	20 min

Gráfico α - Representação gráfica das dimensões da Escala de Problemas Familiares

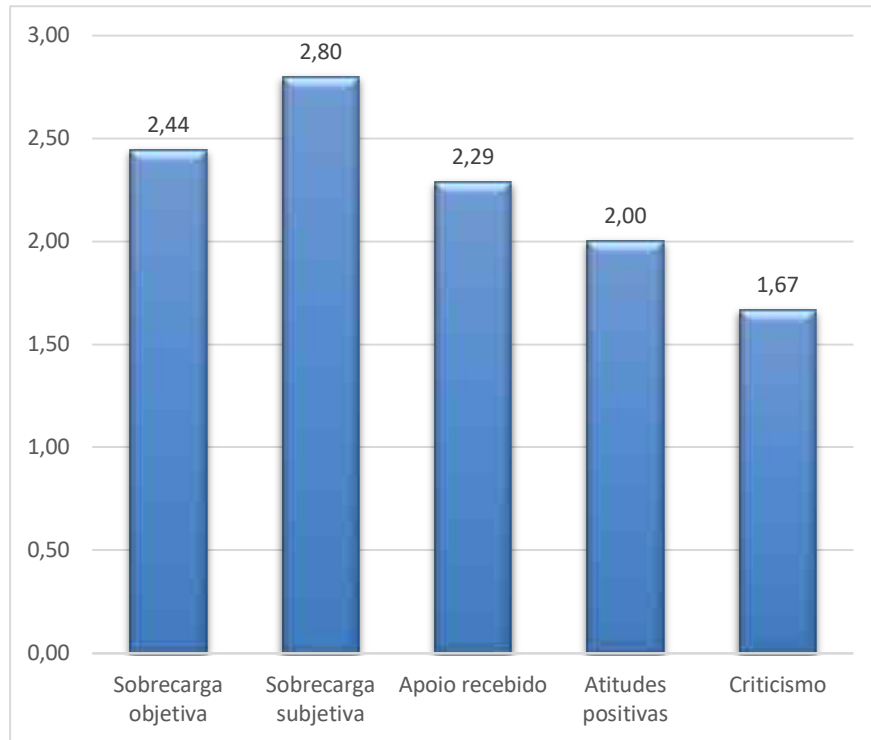


Tabela B - Resultados do Questionário FQP de acordo com cada Subescala e seu resultado analítico

# Questionário	Sobrecarga Objetiva		Resultado
7	14	Problemas com o sono	2
8	15	Limitação dos períodos de lazer	2
9	16	Dificuldade de sair ao fim-de-semana	-
10	17	Limitação em receber convidados	3
11	18	Restrição da vida social	3
12	19	Problemas de assiduidade no trabalho	3
13	20	Negligenciar de outros familiares	3
14	21	Dificuldade em fazer férias	-
15	29	Sensação de esgotamento iminente	3
16	30	Sentimentos de depressão e choro	2
19	37	Culpa por transmissão da doença	1

Média

Mediana

Moda

DP

2,44

3,00

3,00

0,73

# Questionário	Sobrecarga Subjetiva		Resultado
15	29	Sensação de esgotamento iminente	3
17	34	Preocupação com o futuro dos familiares	2
18	35	Sensação de ser observado (com o doente)	3
20	38	Responsabilização do doente	3
21	47	Desapontamento pela evolução do doente	3
# Questionário	Ajuda Recebida		Resultado
1	3*	Ajuda de familiares ou amigos	4
2	4*	Informação dada por profissionais de saúde	1
3	5*	Emergência – ajuda de família/ amigos	3

Média	Mediana	Moda	DP
2,80	3,00	3,00	0,45

Média	Mediana	Moda	DP
2,29	2,00	1,00	1,11

4	6*	Emergência – ajuda de profissionais de saúde	3
5	9	Ajuda por parte dos médicos	2
6	10	Ajuda por parte dos enfermeiros	2
25	58	Ajuda por parte de outras entidades	1
# Questionário	Atitudes Positivas		Resultado
22	48	Satisfação com a ajuda dada pelo doente	2
24	55	Satisfação pela cooperação do doente	2
26	60	Elogio da sensibilidade do doente	2
27	62	Elogio de qualidades do doente	2
# Questionário	Criticismo		Resultado
23	54	Ideia de que o doente tenta estorvar	1
28	63	Vontade de se separar o doente	1
29	64*	Extraír algo de positivo da situação	3

Média	Mediana	Moda	DP
2,00	2,00	2,00	0,00

Média	Mediana	Moda	DP
1,67	1,00	1,00	1,15

Nota: os resultados de cada item variam entre 1 e 4.

Conclusão Geral de Avaliação após aplicação de Questionário FQP

O Instrumento de avaliação selecionado é realizado através do auto-preenchimento pelo familiar de 29 itens obrigatórios, abrangendo áreas de repercussão da doença mental na família como interacção familiar, rotina familiar, lazer, trabalho, saúde mental, saúde física, rede social, necessidade de supervisão, apoio dos técnicos, preocupação, estigma e sentimentos de culpa. Apresenta também três secções associadas, para avaliação do impacto sobre outros filhos existentes e implicações económicas diretas e indiretas. Cada item é cotado segundo uma escala de tipo Likert, com quatro ou cinco opções possíveis.

Embora a aplicação do Questionário FQP tenha sido realizada com base em uma única Intervenção Familiar, e apesar de não se tratar de uma amostra representativa, consideramos que os dados obtidos foram importantes. Esses dados permitiram destacar resultados que se evidenciam mais nas categorias de sobrecarga objetiva e subjetiva. Isso possibilitou direcionar e adequar as intervenções escolhidas para a elaboração do Projeto Terapêutico neste Estudo de Caso.

Entretanto, é crucial observar que as conclusões derivadas de uma única amostra apresentam limitações significativas em termos de generalização, não sendo esse o objetivo aqui pretendido. Ressaltamos no entanto, a relevância de explorar esta temática pouco documentada a nível nacional, justificando a escolha de uma única família como ponto de partida, com a intenção de potencial expansão futura deste estudo devido à sua pertinência. Pelo supracitado abaixo considera-se uma análise mais específica de cada sub-categoria, conforme ilustrado nos quadros e gráfico acima.

- **Sub-categoria Sobrecarga Objetiva**

Perante a média da pontuação desta subescala é possível inferir que o cuidador experimenta um nível considerável de sobrecarga objetiva. Isso pode incluir aspetos tangíveis como limitações de tempo, restrições financeiras, e impacto na vida social e profissional, o que permite refletir como a sobrecarga objetiva afeta o cuidador de formas distintas, ficando por esclarecer em continuidade de contacto futuros, qual o tipo de apoio disponível e motivos associados à sua pouca capacidade de lazer.

- **Sub-categoria Sobrecarga Subjetiva**

Com uma média mais elevada que a sobrecarga objetiva, sugere-se que os aspetos subjetivos da sobrecarga, como o stress emocional e psicológico, são mais pronunciados e significativos.

- **Ajuda Recebida**

A média nesta subescala mostra que o cuidador apresenta alguns constrangimentos no nível da ajuda recebida, seja de familiares, amigos ou profissionais de saúde.

- **Atitudes Positivas**

Esta subescala mostra uma uniformidade nas respostas, esta uniformidade pode sugerir uma limitação na forma como as questões foram percebidas ou respondidas, indicando a necessidade de uma análise mais aprofundada para entender este padrão.

- **Criticismo**

A média mais baixa nesta subescala sugere que atitudes críticas são menos significativas para o cuidador.

APÊNDICE B - Consentimentos Informados I e II obtidos junto da Cuidadora e do Doente

CONSENTIMENTO INFORMADO I

Caro Senhor(a),

Eu, Ana Carina Madeira, enfermeira a realizar Estágio Final na Equipa Comunitária do Departamento de Saúde Mental e Psiquiátrica, da _____, no _____, venho por este meio pedir autorização para a sua participação, na condição de ser familiar próximo de um doente que se encontra em tratamento no Departamento de Saúde Mental da Instituição supramencionada.

Este estudo, no âmbito do Mestrado em Associação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, implica a colheita de informação pessoal e clínica da pessoa selecionada para integrar o projeto, bem como a obtenção de dados através de entrevistas clínicas e aplicação de instrumentos de avaliação (uso de escalas/questionários validados como método de trabalho coadjuvante à formulação do presente relatório).

O projeto terapêutico de intervenção está direcionado para Promoção da Saúde Mental do seu familiar e respetivos membros do agregado familiar.

Asseguro que será mantido o anonimato e confidencialidade dos dados referentes quer a si, como ao seu familiar, pois consagro como obrigação o dever e sigilo profissional. Todos os dados serão apenas utilizados para fins académicos.

Depois de devidamente informado (a) concordo com a minha participação e do meu familiar neste projeto.

CONSENTIMENTO INFORMADO II

Caro Senhor(a),

Eu, Ana Carina Madeira, enfermeira a realizar Estágio Final na Equipa Comunitária do Departamento de Saúde Mental e Psiquiátrica, da _____, no _____, venho por este meio pedir a autorização para a sua participação, na condição de ser um doente que se encontra em tratamento no Departamento de Saúde Mental da Instituição supramencionada.

Este estudo, no âmbito do Mestrado em Associação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, implica a colheita de informação pessoal e clínica para integrar a pesquisa, bem como da obtenção de dados através de entrevistas clínicas e aplicação de instrumentos de avaliação (uso de escalas/questionários validados como método de trabalho coadjuvante à formulação do presente relatório).

O projeto terapêutico de intervenção está direcionado para Promoção da sua Saúde Mental.

Asseguro que será mantido o anonimato e confidencialidade dos seus dados, pois consagro como obrigação o dever e sigilo profissional. Todos os dados serão apenas utilizados para fins académicos.

Depois de devidamente informado (a) concordo com a minha participação neste projeto.

APÊNDICE C - Dados Demográficos

DADOS DEMOGRÁFICOS DO FAMILIAR

Data: __/__/__

1. Idade: _____ anos

2. Género:

Masculino Feminino

3. Estado Civil:

Solteiro(a)

Casado(a)

União de Facto Viúvo(a)

Divorciado(a)

Separado(a) de facto

4. Localidade: _____

5. Habilitações Literárias

Ensino Primário

Ensino Básico completo

Ensino Secundário ou equivalente Ensino Superior

6. Profissão: _____ 7. Situação profissional atual

Activo Não Activo

8. Parentesco / afinidade em relação ao doente _____

9. É remunerado para cuidar?

Sim Não

DADOS DEMOGRÁFICOS DO UTENTE

1. Idade: _____ anos

2. Género:

Masculino Feminino

3. Estado Civil:

Solteiro(a)

Casado(a)

União de Facto Viúvo(a)

Divorciado(a)

Separado(a) de facto

4. Localidade: _____

5. Habilitações Literárias

Ensino Primário

Ensino Básico completo

Ensino Secundário ou equivalente Ensino Superior

6. Profissão: _____

7. Situação profissional atual Activo Não Activo

APÊNDICE D - Plano Semanal Ocupacional Sugerido ao Utente

	Segunda-Feira	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira	Sábado	Domingo
Manhã	Bicicleta 30'	Caminhada min.30'	Auxílio Tarefas	Pintura (Tinta Acrílica em Tela)	Caminhada min.30'	Auxílio Tarefas	LIVRE
Tarde	Assistir TV +Atividade Reflexiva 	Pintura (Tinta Acrílica em Tela)	Assistir TV +Atividade Reflexiva 	Bicicleta min.30'	Atividade de Estanho	Pintura (Tinta Acrílica em Tela)	

APÊNDICE E - Reflexologia como Terapia Complementar em Saúde Mental - Instrução de Trabalho

I. Apresentação breve ao doente alvo de cuidados.

(apresentação breve da intencionalidade terapêutica ao doente alvo de cuidados)

A reflexologia, uma técnica de massagem que aplica pressão em áreas específicas do corpo, emerge como uma terapia complementar que tem como princípio de atuação o de que todos os sistemas e órgãos do corpo estão mapeados ou refletidos em áreas periféricas menores, como os pés, as mãos, as orelhas e o rosto. O reflexologista trabalha essas áreas refletidas, tal como se apresenta na Figura 06 abaixo, com as suas mãos, realizando pressão moderada de modo a contribuir para a promoção do equilíbrio e, assim, auxiliando o corpo a funcionar da melhor forma possível. A reflexologia atua de forma individual, facilitando o potencial de cura e o bem-estar aprimorado do seu corpo.

Neste caso, optamos pela intervenção de reflexologia nas mãos, direcionando a pressão para áreas onde as terminações nervosas correspondem principalmente à área do cérebro, pescoço e costas, de modo a se contribuir para a diminuição de sensação de stress e ansiedade.

A reflexologia não apenas trata sistemas específicos, mas também cria condições propícias para a autorregulação interna, ativando os processos de regeneração do organismo e promovendo seu equilíbrio natural. Essa abordagem holística percebe o corpo como uma entidade integrada, e os benefícios imediatos incluem uma sensação de bem-estar, relaxamento, aumento de energia e melhoria na concentração ((Whatley *et al.*, 2022; Reflexology Association of America, 2023).

- Proporcionar um ambiente calmo propício com música suave e ajuste de luz adequada ao relaxamento, caso o utente concordo com essa adequação do ambiente.
- Uso de creme ou óleo neutro para proporcionar melhores condições à aplicação do toque pressão/ massagem.
- Sugerir opção de poder permanecer de olhos fechados ou interagir durante a sessão, conforme se sentir mais confortável.

I. Procedimento

- O Terapeuta e o doente devem realizar a lavagem e desinfecção das suas mãos.
- Iniciar a técnica de Reflexologia executando pressão inicialmente leve que gradativamente vai aumentando, promovendo o relaxamento.
- Incentivar o doente a verbalizar desconforto caso o aconteça.
- Aplicar pressão em pontos reflexos específicos escolhidos para a sessão, conforme mapeamento de pontos sensoriais anteriormente ilustrado, com uma duração mínima de 20 minutos e máxima de 40 minutos.

II. Finalização da Intervenção

- Adequar o tom de voz ao momento, falando de forma pausada, informando a pessoa que está a terminar a terapia.
- Recomendar a ingestão de água para eliminar toxinas (pelo menos 8 copos em 24 horas).
- Sugerir a evicção de álcool e incentivar a ingestão de refeições leves.
- Entregar avaliação de inquérito de Satisfação.
- Despedir-se.

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA SESSÃO DE REFLEXOLOGIA

Caro Senhor(a),

Eu, Ana Carina Madeira, enfermeira a realizar Estágio Final na Equipa Comunitária do Departamento de Saúde Mental, da _____, no Hospital _____, venho por este meio pedir autorização para a sua participação numa sessão de Terapia Complementar coadjuvante ao Projeto Terapêutico inerente ao Plano Individual de Cuidados do seu familiar, utente acompanhado no departamento supracitado.

Esta sessão, designada de sessão de Reflexologia tem como intuito proporcionar uma sensação de bem-estar e plenitude através do uso do toque e alguma pressão em alguns pontos nas suas mãos. A duração prevista será entre 20 a 40'. Esta intervenção tem efeitos comprovados de Promoção da sua Saúde Mental.

Depois de devidamente informado (a) concordo com a participação na sessão designada.

___ de _____ de 2024

INQUÉRITO DE SATISFAÇÃO REFERENTE A SESSÃO DE REFLEXOLOGIA



Para podermos melhorar o desempenho e avaliarmos o seu grau de satisfação com a Terapia realizada, responda, por favor, às quatro questões seguintes escolhendo uma das opções, (assinando com X), para uma opção possível. A pontuação a atribuir é de 1 a 4, sendo que 1 significa “Nada Satisfeito” e 4 significa “Totalmente Satisfeito”. O inquérito é anónimo. Obrigada pela sua colaboração.

Ficou satisfeito com as condições do ambiente, temperatura, luz e som durante a sessão?	1	2	3	4
Ficou satisfeito com a explicação e motivo pelo qual foi submetido a esta terapia?	1	2	3	4
Ficou satisfeita com o tipo de pressão e massagem que lhe foi realizada?	1	2	3	4
Ficou satisfeita com a duração da sessão?	1	2	3	4

Data ____/____/____

APÊNDICE III – QUESTIONÁRIOS DE SATISFAÇÃO

-QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO-

Instrução: Para as seguintes 3 questões seleccione uma das opções apresentadas, que considere para si como verdade.

1. Como avalia a forma como a Enfermeira o apoiou no aumento do seu conhecimento sobre a sua condição de saúde mental e nas estratégias para lidar com os desafios do dia-a-dia?

1. Não ajudou
2. Pouco ajudou
3. Ajudou bastante

2. Em que medida sentiu que os cuidados prestados pela enfermeira contribuíram para o seu bem-estar e capacidade de lidar com a sua doença?

1. Não contribuiu
2. Pouco contribuiu
3. Contribuiu bastante

3. Como avalia o apoio recebido para aumentar a sua condição ocupacional, incluindo a sua capacidade de participar em atividades de trabalho ou de lazer?

1. Não teve impacto
2. Pouco impacto
3. Teve algum impacto
4. Teve um grande impacto

Obrigada pela sua participação!

-QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO-

Instrução: Para as seguintes 3 questões selecione uma das opções apresentadas, que considere para si como verdade.

1. Em que medida a intervenção da Enfermeira aliviou a sua sobrecarga emocional e física durante o tratamento do seu familiar?

1. Não aliviou
2. Pouco aliviou
3. Aliviou bastante
4. Aliviou completamente

2. Em que medida as orientações recebidas fortaleceram a sua capacidade de lidar com a doença do seu familiar?

1. Não fortaleceu
2. Pouco fortaleceu
3. Fortaleceu bastante
4. Fortaleceu completamente

3. Em que medida considera que a abordagem adotada pela enfermeira promoveu a autonomia e o bem-estar do seu familiar, refletindo numa melhoria da sua saúde mental e qualidade de vida familiar?

1. Não promoveu
2. Pouco promoveu
3. Promoveu bastante
4. Promoveu completamente

Obrigada pela sua participação!