



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

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 PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Awareness - Intervenção Terapêutica do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica com o Cuidador da Pessoa com Esquizofrenia em Contexto Domiciliário

Diana de Souza Rebelo Carrão

Orientação: Professora Paula Leal

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

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 PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

Instituto Politécnico
de Castelo Branco

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

***Awareness* - Intervenção Terapêutica do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica com o Cuidador da Pessoa com Esquizofrenia em Contexto Domiciliário**

Diana de Souza Rebelo Carrão

Orientação: Professora Paula Leal

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

AWARENESS - INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA COM O CUIDADOR DA PESSOA COM ESQUIZOFRENIA EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

Diana de Souza Rebelo Carrão

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

Júri:

Presidente: Ermelinda do Carmo Valente Caldeira (Doutorada em Enfermagem), Professora Adjunta Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus de Évora.

Arguente: Ana Paula Lampreia Banza Zarcos Palma (Mestre em Ciências de Enfermagem), Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja.

Orientadora: Fernanda Paula Santos Leal (Mestre em Saúde Escolar), Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

14 de outubro de 2020

*“Dos mais velhos
escuto as histórias de vida
e aprendo com seus erros
seus fracassos
seus acertos
suas vitórias
suas lições
a não cometer os mesmos erros
não viver os mesmos fracassos
fazer os meus próprios acertos
conquistar minhas próprias vitórias
ensinar minhas próprias lições.”*

Wiler Jr.

AGRADECIMENTOS

Desde setembro de 2018, quando enveredei no curso de Especialidade e Mestrado em Saúde Mental e Psiquiátrica, experienciei, de forma dolorosa por vezes, o crescimento pessoal, científico e profissional de que fui alvo ao longo deste percurso.

Sinto por isso, agora na reta final, a necessidade de referenciar e elogiar condignamente, algumas das muitas pessoas que me ajudaram, ouviram os meus lamentos, foram o meu apoio nas longas noites e nas horas difíceis em que precisava de uma força e motivação extra para ir mais além.

À Docente orientadora Paula Leal, pelo voto de confiança, por acreditar no meu potencial e motivar a ir mais além, muito mais do que eu julgava alguma vez ser capaz. Pelo incentivo e desafio constantes e festejar comigo cada meta alcançada.

À enfermeira orientadora V. B. por acreditar num projeto que, entretanto, foi crescendo na minha vontade e motivação e pouco a pouco foi tomando forma e consistência.

A todos que de alguma forma estiveram envolvidos nestes meses de aprendizagem e desenvolvimento profissional e pessoal e em EC, enquanto elemento numa equipa de intervenção na comunidade, em que pude partilhar do entusiasmo, determinação e persistência com que ultrapassam inúmeros obstáculos.

Às pessoas dentro da instituição e na equipa de intervenção que tornaram possível a concretização deste sonho, a elas dedico um agradecimento especial.

À minha família, amigos, colegas e companheiros deste percurso comum, pela compreensão e ajuda puxando por mim, encaminhando e aconselhando a abrandar antes do cansaço instalar, quando sentem que dou o passo maior que a perna, quando ultrapasso os meus limites. e claro e acima de tudo e todos, ao meu companheiro de tantas lutas e conquistas, a minha ancora de suporte e motivação para ser mais e melhor, apesar das angústias e ansiedades partilhadas, o ser tranquilo, meu apoio incondicional.

Às pessoas que de um modo direto ou indireto intervieram no meu percurso, tornando-o exequível.

A todos, muito obrigada por tudo.

RESUMO

O presente relatório constitui reflexão crítica e fundamentada do percurso desenvolvido no Mestrado de Enfermagem (ME), contexto de prática clínica do Estágio Final, área de especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, num projeto comunitário de um hospital de Lisboa.

A Esquizofrenia é uma doença grave que afeta 20 milhões de pessoas. Enquanto doença crónica tem impacto profundo na vida da pessoa/família alterando significativamente as dinâmicas familiares, laborais e sociais. Traz desafios à família, fragilizando-a, em particular aos familiares enquanto cuidadores informais.

Evidência resultante da revisão *Scoping* identifica que o EESMP realiza intervenção psicoeducativa com os cuidadores centrada na educação sobre a doença e seu familiar, não revelando dimensão terapêutica com estes. Surge a problemática de promover a saúde mental do cuidador da pessoa com esquizofrenia, no contexto de domicílio. Objetiva-se apresentar uma proposta de intervenção para o cuidador informal da pessoa com esquizofrenia no domicílio, visando aumentar a consciência de si (*Awareness*) do cuidador e demonstrar a aquisição de competências como EESMP.

Adotou-se um referencial sistémico-humanista como fio condutor e orientador para a proposta de intervenção sustentada nos Modelos: dos Sistemas (Betty Newman), das Marés (Barker & Barker) e da Relação de Ajuda Profissional (Chalifour).

Foi realizado um percurso de raciocínio indutivo, elegendo-se a metodologia de investigação de estudo de caso procurando-se compreender a vivência do cuidador informal de pessoa com esquizofrenia através da realização de entrevistas, sujeitas a análise de conteúdo. Na dimensão clínica procedeu-se à avaliação familiar por Genograma, Ecomapa, Psicomapa e identificação dos stressores do cuidador. Identificámos que o cuidador vive em função do familiar com esquizofrenia, tendo reduzida *awareness*.

Palavras chave: *Awareness*, Cuidador informal, Pessoa com Esquizofrenia, Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica.

ABSTRACT

This report is a critical and well-founded reflection of the path developed in the Master of Science in Nursing (MSN), in the context of clinical practice during the internship in the mental and psychiatric health area of specialty, in a community project in a Lisbon hospital.

Schizophrenia is a serious disease that affects 20 million people. As a chronic disease, it has a profound impact on the life of the person / family, significantly altering the family, work and social dynamics. It brings challenges to the family, weakening it, particularly family members assuming the role of informal caregivers.

Evidence resulting from the Scoping review identified that the Mental Health Specialist Nurse conducts psychoeducational intervention with caregivers centred on education about the disease and their family member, without revealing a therapeutic dimension with them. Thus, arises the problem of promoting the mental health of the caregiver of the person with schizophrenia, in the context of home. The objective is to present an intervention proposal for the informal caregiver of the person with schizophrenia at home, aiming to increase the caregiver's self-awareness (Awareness) and demonstrate the acquisition of skills as a Mental Health Specialist Nurse.

A systemic-humanistic framework was adopted as the main thread and guideline for the proposal of sustained intervention supported by the Models: Systems (Betty Newman), Tidal (Barker & Barker) and the Professional Help Relationship (Chalifour).

An inductive reasoning path was carried out, choosing the case study investigation methodology, seeking to understand the experience of the informal caregiver of a person with schizophrenia by conducting interviews, subject to content analysis. In the clinical dimension, family assessment was carried out by Genogram, Ecomap, Psych map and identification of the caregiver's stressors. We identified that the caregiver lives for the family member with schizophrenia, having reduced awareness.

Keywords: Awareness, Caregiver, Person with Schizophrenia, Psychiatric and Mental Health Nursing.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABREVIATURAS

Ed. – edição

et al. – et alli (e outros)

nº - número

p – página

v/s – versus

SIGLAS

AESES – Associação entre Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde

ACP – Abordagem Centrada na Pessoa

APA – American Psychological Association

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CI – Cuidador Informal

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral de Saúde

DL – Decreto-Lei

EC – Ensino Clínico

ECG – Enfermeiro de Cuidados Gerais

ECTS – European Credit Transfer System

EE – Enfermeiro Especialista

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESS – Escola Superior de Saúde

IPB – Instituto Politécnico de Beja

IPCB – Instituto Politécnico de Castelo Branco

IPP – Instituto Politécnico de Beja

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

JBI – Joanna Briggs Institute

ME – Mestrado em Enfermagem

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática baseada na evidência

PE – Processo de Enfermagem

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSM – Programa Nacional para a Saúde Mental

RA – Relação de Ajuda

RAP – Relação de Ajuda Profissional

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RSL – Revisão sistemática da Literatura

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

INDICE

INTRODUÇÃO	12
PARTE I - AWARENESS: PROCESSO DE ÂMBITO PSICOTERAPÊUTICO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA, COM O CUIDADOR INFORMAL DE PESSOA COM ESQUIZOFRENIA, EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO	16
1. QUADRO REFERENCIAL	16
1.1 <u>Pressupostos da Relação de Ajuda de Rogers</u>	17
1.1.1 Aceitação, respeito e autenticidade	18
1.1.2 Crença no ser humano	19
1.2 <u>Modelo de Ajuda Profissional de Chalifour</u>	19
1.2.1 Princípios do modelo	20
1.2.2 Awareness como intervenção relacional de ajuda	21
1.3 <u>Modelo das Marés</u>	24
1.3.1 Princípios do modelo	24
1.4 <u>Modelo dos Sistemas</u>	26
1.4.1 Princípios do modelo	26
1.5 <u>Saúde Mental, Esquizofrenia e caracterização epidemiológica</u>	27
1.5.1 A pessoa com Esquizofrenia	28
1.5.2 O cuidador informal	29
2. PERCURSO E OPÇÕES METODOLÓGICAS	31
2.1 <u>Caraterização do Local do Estágio</u>	32
2.1.1 Planeamento e estrutura das intervenções no Projeto P.	34
2.2 <u>Definição da Problemática</u>	35
2.3 <u>Considerações éticas</u>	37
2.4 <u>Decisões Metodológicas</u>	38
2.4.1 Foco e Questão Orientadora	38
2.4.2 Objetivos	40
2.4.3 Participantes	40
2.4.4 Métodos clínicos e Técnicas e Instrumentos de colheita de dados	41
2.4.5 Apresentação e Compreensão dos Resultados	42
2.5 <u>Apresentação da Proposta de Intervenção de âmbito Terapêutico do EEESMP para com o Cuidador Informal, em contexto domiciliário</u>	46
2.6 <u>Reflexão e implicações profissionais</u>	50

PARTE II – REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS	52
3. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA	56
3.1 <u>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista</u>	56
3.2 <u>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica</u>	66
3.3 <u>Competências De Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica</u>	70
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
ANEXOS	
Anexo I – Linha de Vida da L.	83
Anexo II – Declaração de Presença no X Congresso Internacional d’A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental	85
APÊNDICES	
Apêndice I – Resumo do Artigo Científico: Intervenção Terapêutica com o cuidador da pessoa com esquizofrenia (Potencialidades para o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica)	87
Apêndice II – Síntese dos Artigos Seleccionados para a Revisão <i>Scoping</i>	90
Apêndice III – Estrutura de Intervenção no Projeto P	94
Apêndice IV – Requisitos de Admissibilidade do Projeto de Investigação	96
Apêndice V – Consentimento do C.I	103
Apêndice VI – Autorização Institucional	105
Apêndice VII – Genograma	108
Apêndice VIII – Ecomapa	110
Apêndice IX – Psicomapa	112
Apêndice X – Análise de Conteúdo	114
Apêndice XI – Reflexão de E.C.	123

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Mestrado de Enfermagem (ME) surge no âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem em Associação entre Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde (AESES) com coordenação dos Professores Doutores Raúl Cordeiro e Jorge Almeida. O Curso decorreu na Escola Superior de Saúde (ESS) do IPP durante 3 semestres, com início em setembro do ano letivo 2018 e final previsto em julho do ano letivo 2020.

Como referido no Regulamento do Estágio Final do plano de estudos do curso de ME, o Relatório “é um trabalho de descrição e reflexão crítico pormenorizado e fundamentado, com recurso aos métodos de recolha e tratamento de dados, das atividades desenvolvidas no âmbito do Estágio efetuado numa instituição/entidade acolhedora, o qual será alvo de prova pública perante um júri” (Associação das escolas Superiores de Enfermagem e Saúde, 2018). Com a elaboração do presente documento pretende-se a aprovação final e atribuição do grau de Mestre, de acordo com o estipulado no Decreto-Lei nº63/2016 de 13 de setembro.

Com este documento pretendemos apresentar a análise crítica e reflexiva detalhada do percurso realizado no estágio, a proposta de intervenção do EEESMP para a equipa de projeto onde realizámos a intervenção, na comunidade, em contexto domiciliário; e, também, pretendemos descrever os processos de aprendizagem nomeadamente a aquisição de competências comuns de Enfermeiro Especialista (EE), competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (EEESMP) e competências de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica ocorridas em contexto do Estágio, sob orientação da Docente Paula Leal e EEESMP V.B.

As orientações mais recentes nas políticas de saúde no geral e mais especificamente na área da Saúde Mental, estão a ser direcionadas no sentido de dar continuidade ao tratamento e *recovery* da pessoa com doença mental grave no seio da sua família, na comunidade. Esta decisão procura contribuir para estabelecer a saúde mental comunitária direcionando os técnicos de saúde para o cuidado da pessoa com doença mental grave, em parceria com instituições comunitárias, mas essencialmente nas famílias. A alteração neste processo, tem promovido crescente importância do papel do cuidador informal frequentemente assumido pelo familiar de referência. No entanto, existe um longo caminho a percorrer relativamente no desenvolvimento de medidas e estruturas de apoio às famílias, e em

particular aos cuidadores informais. Para regulamentar essas medidas e incentivar o desenvolvimento de projetos que enquadrem o cuidador nos diversos contextos do cotidiano, surgiu o Estatuto do cuidador informal com a Lei nº100/2019.

Consideramos os enfermeiros, os profissionais de saúde centrais na relação com a pessoa com doença mental grave e com o seu cuidador. Os enfermeiros, procuram compreender as necessidades das famílias e apoiar o familiar na gestão da situação de doença da pessoa com doença mental grave. Este cuidado de enfermagem centra-se em capacitar o cuidador para identificar o quadro de sintomatologia característico assim como os efeitos secundários que advém da terapêutica e, reconhecer precocemente sinais de recaída, entre outros. Porém, os enfermeiros têm vindo a identificar e investigar necessidades dos cuidadores, compreendendo a importância destes em estarem a ser acompanhados e apoiados.

Rodrigues (2012) afirma que pouco se conhece relativamente sobre as complexidades da relação do cuidador com o familiar nas situações de cuidado e o nível os conhecimentos que possui em relação à doença e formas de lidar com o familiar. Seguindo na esteira de Sequeira (2010) é fundamental a parceria entre profissionais de saúde para a capacitação dos cuidadores informais de um conjunto de competências para lidarem com os familiares, com resultados em ganhos de saúde não só para estes, como também para os cuidadores. Wright & Leahey (2012) concluem que o cuidador informal não deve ser compreendido como um elemento que cuida ou um recurso, mas antes como uma pessoa com necessidades de cuidados específicas.

Compreendemos as mudanças nas políticas de Saúde Mental decorrentes da desinstitucionalização e conseqüente redirecionamento para o modelo de cuidados comunitário, observando as alterações significativas nos papéis atribuídos à pessoa com doença mental grave e ao cuidador desta. Sentimos que devemos conhecê-las, implicarmo-nos e participarmos neste processo de mudança contribuindo para ajudar a pessoa com doença mental grave e os seus cuidadores a se comprometerem ativamente no projeto terapêutico, em contexto domiciliário/comunitário.

Identificámos a temática do cuidador informal da pessoa com esquizofrenia enquanto área profissional e científica de interesse, aliada à particular sensibilidade pessoal no cuidado a estes utentes/famílias que vivenciam esta realidade, suscitando-nos uma possibilidade de trabalho de âmbito profissional e académico, no atual mestrado.

Presumimos a premissa de que ser cuidador de uma pessoa com doença mental grave é uma experiência com impacto em todas as vertentes da sua vida, necessitando estes cuidadores de serem empoderados a *dar-se conta de Si*. Defendemos o conceito de *awareness* entendido como *tomada de consciência de Si*, para capacitarmos estes cuidadores a responsabilizarem-se continuamente a zelar pela sua saúde.

A esquizofrenia surge como a doença mental grave com grande exigência para os cuidadores informais, uma vez que é diagnosticada frequentemente na adolescência, e necessita de tratamento e supervisão durante o ciclo de vida, afetando de várias formas não só a pessoa, como também a sua família (WHO, 2019).

A esquizofrenia afeta globalmente 20 milhões de pessoas. É caracterizada por distorção do pensamento e da perceção e está associada a um elevado grau de incapacidade que interfere com o desempenho escolar e profissional. Ainda se desconhece a causa, mas sugere-se a existência de interação entre fatores genéticos, condições ambientais e psicossociais. Dados referem que 69% destas pessoas não recebe tratamento. As características da doença e as condições socioeconómicas, são as causas apontadas para estes utentes procurarem menos os serviços de saúde (WHO, 2019).

Estima-se que 80% dos cuidados a longo prazo são providenciados por cuidadores informais. Em Portugal observa-se a existência de um milhão e cem mil cuidadores, cerca de 12,5% da população nacional. Cuidar de um familiar pode ser fonte de satisfação, mas também de desafios, pode induzir problemas físicos e mentais, estados de isolamento, dificuldades nos contextos laborais e financeiros, que o cuidador tem de gerir com um treino e suporte mínimos (Eurocarers, 2020).

Foram estas dimensões, o cuidador da pessoa com esquizofrenia e as respetivas intervenções de enfermagem que nos motivaram a procurar respostas. Pretendemos desta forma apurar, a partir da evidência publicada, as intervenções de enfermagem especializada de saúde mental e psiquiátrica, descritas como eficazes no cuidado aos familiares de pessoas com esquizofrenia e interrogarmo-nos sobre as mesmas relativamente ao contexto domiciliário.

Consideramos que os enfermeiros especialistas se encontram numa posição privilegiada para planearem a intervenção terapêutica de enfermagem com pessoa com esquizofrenia e a sua família, podendo ajudá-los a construir uma vida mais adaptada à sua doença com o mínimo de compromisso

possível na qualidade de vida de todos, e em simultâneo, contribuir de forma efetiva para elevar a literacia da família sobre todo este processo de doença, visando prepará-los para a gestão da mesma, minimizando os sintomas da doença e prevenção de recaídas.

A estrutura do relatório surge com a presente introdução, seguida da parte I que é composta pelo quadro referencial que atende aos princípios da relação de ajuda de Rogers como pressupostos para a relação de ajuda profissional e intervenção terapêutica de base humanista de Chalifour perspetivando o cuidador e a *Awareness* como um processo para a tomada de consciência de si e autocuidado. Considerámos, igualmente, como referência clínica para a prática, os referenciais teóricos do Modelo de Sistemas de Betty Neuman visando a família e a pessoa com esquizofrenia como um sistema em interação com o ambiente que o rodeia, e o Modelo Tidal de Barker & Barker, com a história de vida como mediador para o cuidador e a relação um a um, como formato para a intervenção.

No capítulo seguinte, apresentamos o percurso realizado e as opções metodológicas que nos conduzem à proposta de intervenção do EESMP para cuidadores da pessoa com esquizofrenia no domicílio.

Por último, na parte II do Relatório, surge o capítulo relativo à aquisição das competências. Neste, é demonstrado o desenvolvimento e reconhecimento das competências enquanto enfermeira especialista adquiridas ao longo do estágio; também apresentamos a aquisição das competências comuns dos enfermeiros especialistas e as competências de mestre por via da capacidade de desenvolver, aprofundar, integrar e aplicar os conhecimentos adquiridos na resolução de problemas em diferentes contextos de forma responsável, sempre com base em princípios éticos, como também na partilha do saber de forma clara e adequada aos contextos e pessoas envolvidas conforme descrito no Dec. Lei nº63/2016 de 13 setembro.

Finalizamos com a apresentação das referências bibliográficas, anexos e apêndices, cuja sequência de apresentação respeita a ordem com que são referidos ao longo do trabalho.

Este Relatório está redigido segundo o novo acordo ortográfico e as normas de referência bibliográfica da American Psychological Association (APA).

PARTE I – AWARENESS: PROCESSO DE ÂMBITO TERAPÊUTICO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA, COM O CUIDADOR INFORMAL DE PESSOA COM ESQUIZOFRENIA, EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

1. QUADRO REFERENCIAL

Neste capítulo apresentamos os diferentes contributos teóricos aprofundados ao longo do curso e que sustentaram a prática e exercício profissional no decorrer do estágio. Propomos expor uma sequência coerente destes referenciais, refletindo o nosso pensar em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) e a perspetiva a partir da qual realizámos opções metodológicas e a definição da proposta de intervenção, que surgirão no capítulo seguinte deste relatório.

Reportamo-nos inicialmente ao quadro referencial expresso no padrão de documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da OE, para enfatizarmos as três principais dimensões em que assenta o núcleo de especificidade da prática clínica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: (1) excelência relacional, (2) mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e (3) mobilização de competências psico-socio-terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital (OE, 2018).

No regulamento n.º 356/2015 da OE, a promoção da saúde mental e do bem-estar são o foco do EE perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental, no tratamento e reabilitação da pessoa com doença mental. Sentimos nós a necessidade de acrescentar ... e da sua família ou em particular da saúde mental e bem-estar do Cuidador Informal (CI).

Neste sentido explicitamos que o quadro conceptual que definimos procurou considerar estas três dimensões referidas pela OE. No entanto, priorizamos no mesmo a centralidade da dimensão relacional do cuidado do EESMP num percurso sistémico-humanista pelo facto do nosso foco de atenção ser o Cuidador Informal do familiar com esquizofrenia.

Os pressupostos da Relação de Ajuda em Enfermagem, maioritariamente originários da Relação de Ajuda em Geral de perspetiva Rogeriana, enfatizam premissas similares. Podemos assumir que a maioria dos autores defende que cada pessoa possui dentro de si a capacidade de utilizar a relação para crescer,

possuindo os recursos e a tendência para se desenvolver e caminhar rumo à maturidade ou a um funcionamento mais ajustado (Chalifour, 2008; Lopes, 2006; Phaneuf, 2005).

1.1 Pressupostos da Relação de Ajuda de Rogers

Carl Ramsom Rogers (1902-1987) psicólogo Clínico e psicoterapeuta de profissão, tornou-se mundialmente reconhecido pela abordagem inovadora, fundamentada nas filosofias existencialista e humanista, sendo caracterizada pela abordagem centrada na pessoa. Fonseca (2016) refere que Rogers com esta abordagem vai de encontro a uma visão mais holística e sistémica, não diretiva, sob o princípio de que a pessoa possui capacidades inatas que a impelem para a vida, com mecanismos necessários para lidar consigo e com os outros numa perspetiva constante de crescimento.

Com Rogers (1985) na Relação de Ajuda, a pessoa que necessita de ajuda é direcionada para uma melhor e mais aprofundada consciência de si mesma e para uma adequada gestão dos recursos internos de forma a satisfazer as suas necessidades. Fonseca (2016) menciona que esta nova abordagem terapêutica de Rogers se opôs aos métodos e técnicas convencionais da época, que operavam com bases no Behaviorismo, condicionamento, controle, manipulação e na mecanização da pessoa.

Rogers (1985) assume que unicamente cada pessoa conhece os fenómenos da sua consciência e da sua realidade num processo interno psíquico. Desta forma, o profissional consegue aceder à compreensão do mundo da pessoa, partindo em particular a partir do seu discurso verbal. Desta forma emergem os seus problemas, necessidades, recursos, e vulnerabilidades, em complementaridade com a comunicação não verbal e assim o profissional pode observar o mundo e a realidade relatada pela própria pessoa.

A relação de ajuda de Rogers (1985) tem como base os princípios, que a pessoa tem uma orientação positiva pelo que tendencialmente atualiza as suas possibilidades e que, cada pessoa tem um poder de regulação do seu potencial e possibilidades no sentido do desenvolvimento e crescimento pessoais.

A enfermagem como profissão com uma componente fortemente relacional adotou e identificou Princípios da Relação de Ajuda (RA) e pressupostos para a disciplina e profissão sendo aprofundado por diversas teóricas de enfermagem.

Phaneuf (2005) refere que através da Relação de Ajuda de Rogers, a enfermeira torna-se num instrumento terapêutico e forte influência para a autorrealização da pessoa que necessita de ajuda, como forma de proporcionar crescimento, desenvolvimento e alívio.

1.1.1 Aceitação, respeito e autenticidade

Rogers (1985) defende que a relação de ajuda deve ser essencial em cada profissional, no desenvolvimento de uma atitude congruente com cada cliente, iniciando-se a partir da aceitação da pessoa e profissional que é, e que seja perceptível pela pessoa/cliente. No entanto, também as atitudes empática e de aceitação da pessoa como ela é, facilitam a construção da relação uma vez que o profissional cria as condições para que a pessoa/cliente tenha liberdade para se expressar, para melhor refletir e explorar a sua vida, vivências e experiências, e libertar-se de tensões e sentimentos.

O autor prossegue afirmando que, para o profissional compreender a pessoa, tem de ouvi-la falar dela própria, numa atitude de escuta, e aceitação da sua realidade e especificidade próprias (Rogers, 1985). Defende que, para que existam condições para a outra pessoa descobrir dentro de si a capacidade de utilizar a relação com o profissional para o seu crescimento pessoal, é pertinente a existência de três aspetos:

1. Ser genuíno: pressupõe apresentar a realidade genuína que existe no profissional enquanto pessoa que o outro pode procurar pela realidade em si com êxito.
2. Aceitação e apreço pelo outro: quanto mais aceitação e apreço o profissional sente em relação ao cliente, mais conseguirá criar uma relação que a pessoa poderá utilizar (consideração afetiva).
3. Desejo do profissional de compreender, desenvolver empatia e a aceitação que envolva a compreensão, na medida que compreende os sentimentos e pensamentos: Somente quando observa e constata a autenticidade dos sentimentos no profissional é que a pessoa se sente realmente livre para explorar experiências interiores, frequentemente pouco conscientes ou ocultas

1.1.2 Crença no Ser Humano

Rogers (1985) expõe que a pessoa tem essencialmente uma orientação positiva, conseqüentemente, quanto mais a mesma é compreendida e aceita, maior será a tendência de abandonar as falsas defesas.

Numa linguagem humanista, Rogers (1985) assume que a pessoa não é um personagem, não é definido pelo seu papel na sociedade, pelas máscaras, fachadas ou papéis. Todo o esforço do profissional ocorre em prol da passagem do personagem para a pessoa em assumir o que realmente é. Refere ainda que, não nascendo pessoa, o homem tem que se construir, num processo dinâmico, com possibilidade de escolha e em liberdade, no seu percurso em se tornar pessoa, não sendo um objeto, mas sim um sujeito.

Rogers (1985) considera que Ser Pessoa é em última análise, ser congruente com o que experiencia e vivencia, com o que consciencializa e assim encontra-se capacitado, para saber aceitar o que sente. Prossegue e conceptualiza que existem duas facetas ou dimensões na unidade ou pessoa, uma dimensão como organismo e uma dimensão psíquica e espiritual. Neste contexto todos temos uma natureza humana única que é positiva e por natureza eminentemente social. A pessoa tem uma necessidade profunda de se associar e comunicar com os outros. A natureza essencialmente social, faz a pessoa precisar do outro, mas só a relação interpessoal pode ser considerada a única e autêntica e servirá como base de comparação para as restantes relações (Rogers,1985).

1.2 Modelo de Ajuda Profissional de Chalifour

Chalifour (2008) apresenta o seu Modelo de Ajuda Profissional (RAP), com alicerces no pensamento existencial-humanista perspetivando a pessoa como ser de relação e em relação com o ambiente. Através do processo terapêutico e ajuda profissional, são providos meios para que a pessoa gradualmente obtenha uma maior consciência de si mesma, dos seus problemas e suas necessidades, bem como dos seus recursos internos para melhor gerir as suas limitações e receios, promovendo assim um processo de autodesenvolvimento da mesma. Nesta perspetiva teórica a pessoa, como ser de relação, é “considerada como um sistema aberto composto por características biológicas, cognitivas, sociais emotivas e espirituais” ligadas entre si e em persistente interação com o meio ambiente. Se negarmos ou suprimirmos algum destes aspetos poderá surgir o fracasso terapêutico (Chalifour, 2008, p.14).

1.2.1 Princípios do modelo

Este autor considera a relação de ajuda perfeita aquela que proporciona condições para a pessoa ter uma maior consciência de si e assim conseguir gerir positivamente os recursos interiores para resposta às necessidades sentidas. Neste sentido, o profissional de ajuda, entende a relação como sendo terapêutica e um dos objetivos o de promover a criação de recursos internos na pessoa. Capacitar a pessoa para superar os seus obstáculos e enfrentar as várias dificuldades no seu percurso de vida (Chalifour, 2008).

Neste âmbito, Chalifour (2008) com o processo terapêutico conjectura ajudar o cliente a olhar para si, reaprender a restabelecer contato com o seu organismo e, a dar-se conta das informações que lhe são transmitidas, ou seja, realizar o processo de *awareness*, criando a resposta às necessidades identificadas. Todo este processo inscreve-se no referencial do ciclo do contato, sendo um importante pressuposto para a proteção da dimensão saudável de cada pessoa.

A pessoa como ser em relação, assume o dever do seu bem-estar e trabalha para o seu desenvolvimento de forma criativa. Compreendendo que as interações entre a pessoa e o meio ambiente são resultado do funcionamento de diversas funções internas e manifestam-se através dos comportamentos, o autor prossegue referindo que estas interações, provocam stress e ansiedade e poderão produzir sentimentos de desconforto, ou seja, a expressão de uma necessidade de ajuda, que o interveniente deve estar habilitado a identificar e responder adequadamente (Chalifour,2008).

O Modelo de RAP de intervenção terapêutica tem 3 premissas: (1) o cliente com recursos latentes em que a intervenção consiste na ajuda para que este se desenvolva e respeite a sua natureza atualizante; (2) o ser humano enquanto ser de relação e (3) o profissional com a expressão consciente das suas qualidades pessoais e profissionais que serão a base das intervenções realizadas (Chalifour, 2008). O referido modelo é constituído por quatro componentes influenciados pelo lugar, momento, duração e outras condições psicossociais, num sistema aberto que se inicia, toma forma, cresce, desenvolve-se e finalmente, desaparece. São eles:

1. O cliente que é a razão de ser da relação;

2. O profissional que através das suas competências, ajuda o cliente a reconhecer as necessidades e recursos;
3. Os processos que representam diferentes modos de estar na relação como resposta à necessidade de ajuda;
4. O ambiente físico e social, e o contexto da relação que influenciam a forma, a estrutura e o trabalho desenvolvido (Chalifour,2008).

Chalifour (2008) estrutura a RAP em 3 fases: (1) a fase de orientação da relação que vai desde o início da relação ao pedido de ajuda do cliente; (2) a fase de trabalho ou emergência das identidades, que visa aprofundar a relação, realizar a intervenção identificando as principais dificuldades do cliente e sendo o facilitador do processo ajudando-o a refletir sobre estas, e a procurar que o cliente selecione e mobilize os seus recursos e estratégias para melhor se adaptar ou resolver as mesmas; (3) e a fase de conclusão da relação. Para cada uma das fases, o autor sugere procedimentos e intervenções ou estratégias facilitadoras para a expressão de sentimentos, assim como promotoras de momentos de aprendizagem.

Chalifour (2008) refere que a RAP exige dos profissionais conhecimentos científicos, mas também um bom conhecimento de si, a habilidade associada ao contato, habilidade em comunicar e a habilidade em acompanhar o processo. Em particular, vamos centrar-nos na intervenção promotora de awareness, implicando a mesma todas as condições anteriormente referidas para o profissional.

1.2.2 Awareness como intervenção relacional de ajuda

A perspetiva do processo terapêutico deste autor, conjetura ajudar o cliente a olhar para si. Este processo apesar de parecer simples, é extremamente complexo. Centra-se em ajudar o cliente a reaprender a restabelecer contato com o seu organismo e, a dar-se conta das informações que lhe são transmitidas, ou seja, realizar o processo de *awareness*, criando a resposta às necessidades identificadas. Todo este processo inscreve-se no referencial do ciclo do contato, sendo um importante pressuposto para a proteção da dimensão saudável de cada pessoa.

Chalifour (2008) importou do referencial gestáltico o conceito de *awareness* para o seu Modelo de relação de ajuda profissional, revelando-se um importante contributo para a intervenção de

enfermagem em saúde mental. No referencial deste autor, a *awareness* ou tomada de consciência de Si é simultaneamente um conteúdo e um processo, é o princípio central de toda a mudança durável numa intervenção terapêutica. Esta pressupõe o autoconhecimento, a aceitação de si, a aptidão de entrar em contato, a responsabilidade de escolha, inclui o conhecimento do ambiente em redor, o conhecimento e aceitação do que fazemos e da maneira como fazemos, do que nos é feito e do modo como nos é feito (Chalifour, 2009).

Na intervenção terapêutica assente na tomada de consciência de si enquanto processo dinâmico, o profissional desempenha o papel de facilitador por forma a ajudar o cliente a tomar consciência da sua experiência, adquirir os conhecimentos e habilidades para ultrapassar a dificuldade manifestada inicialmente.

Para ajudarmos o cliente no processo de *awareness*, Chalifour (2009) sugere a realização de entrevistas, em cada interação com o cliente, ao longo do processo relacional de ajuda. Defende a entrevista formal não estruturada como a mais adequada ao desenvolvimento da *awareness*, uma vez que o cliente é acolhido num clima de empatia favorecedor à partilha do seu pedido de ajuda, em que a resposta à ajuda está centrada na própria pessoa. Nesta tipologia de entrevista cliente e profissional reconhecem-se em relação e em termos de competência.

Fonza & Mallmann (2017) comentam que o ciclo do contato é uma abordagem terapêutica fundada na Gestalt que permite a revelação da pessoa e desta forma contribuir para o desenvolvimento da *awareness*.

Neste processo, o ciclo do contato apresenta-se em fases, e o profissional deve ajudar o cliente a realizar o trabalho inerente a cada fase do ciclo. Na perspetiva de Chalifour o trabalho de cada fase, que o profissional deve ajudar o cliente a concretizar, consiste em estimular o cliente a desenvolver as capacidades de foco e sintonia relativamente ao processo presente em si mesmo, em cinco etapas: (1) Reconhecer que sabe o que quer; (2) Acolher e dar importância ao que é e ao que quer; (3) Escolher, sabendo o que quer e escolhendo a atualização; (4) Agir e correr riscos; (5) Assumir os resultados e as consequências da decisão.~

Neste tipo de intervenção Chalifour (2008) considera que a pessoa através do contato consigo própria e com o outro, vai aumentando o conhecimento sobre si, desenvolver-se e atualizar-se. No

entanto, torna-se mais vulnerável quando em negação ou com dificuldade na percepção dos constituintes destes processos.

Todo este processo acontece também na pessoa do profissional que tem responsabilidade pelo aprofundamento da sua própria *awareness* e, utilizando estes mesmos processos com finalidade terapêutica com os clientes, aprende cada vez mais sobre si, evoluindo no seu próprio desenvolvimento pessoal e profissional.

Compreendendo a importância de todo este processo para efetivar a intervenção de ajuda em enfermagem ao cliente, necessitamos procurar um mediador de expressão favorecedor da *awareness* deste e congruente com esta perspectiva de pensamento. Recorremos ao Modelo de Barker & Barker.

1.3 Modelo das Marés

Barker e Barker (2007) produziram o Modelo das Marés no início dos anos 90 e referem que este modelo se centra na pessoa e nos seus desejos. O profissional identifica o que a pessoa precisa para resolver o seu problema e superar as dificuldades sentidas, capacitando desta forma o cliente a utilizar os recursos disponíveis para a sua própria recuperação.

1.3.1 Princípios do modelo

Barker e Barker (2007) afirmam que este modelo é uma alternativa ao cuidar tradicional em Saúde Mental (centrado na doença e perturbação), pois o foco é a pessoa, o significado e valores associados à sua história, ao seu desconforto e a apreciação da pessoa do que precisa ser feito para resolver os problemas imediatos da sua vida.

Os autores do modelo colocam a pessoa no centro do cuidar e assumem que a experiência da pessoa é acessível pela narrativa pessoal ou história de vida. Esta história não está disponível, separada da pessoa, mas é uma narrativa desenvolvida através da colaboração com o profissional. A história que é o centro ou mediador do discurso terapêutico, não parte exclusivamente da pessoa que carece de cuidados, mas é uma história construída através de uma série de encontros entre este e o profissional. O Modelo Tidal realça a necessidade de compromisso, a criação de uma aliança genuína com a pessoa e o seu direcionamento para os seus problemas de vida.

A Metáfora Tidal concebe as ideias da “água como metáfora nuclear” e “a vida é uma viagem em evolução” (Barker, Barker, 2007, p.17-18). Associa a vida a um oceano de experiências em evolução que se faz passando por várias etapas ao longo da sua vida. É uma viagem de exploração e descoberta, onde as pessoas aprendem coisas sobre si mesmas e sobre a sua vida.

Este Modelo de Tidal baseia-se em 10 valores distintos que se centram na experiência humana e na ajuda nas relações interpessoais presentes em todos os procedimentos. É referido como uma plataforma filosófica para os profissionais que permite a ajuda à pessoa na tomada de decisões (Barker, Barker, 2007).

Complementarmente aos 10 valores, foram também desenvolvidas 20 Competências Tidal especificamente associadas aos compromissos, como forma de contribuir na implementação do modelo em projetos diversos.

O modelo define a pessoa em 3 domínios: “(1) o Domínio do eu; (2) o Domínio do Mundo; (3) o Domínio dos outros” que existem ora distintas ora interligadas, exercendo uma serie de influências no decorrer da vida da pessoa (Barker, Barker, 2007, p.31).

A intervenção do enfermeiro é a de suporte nos diferentes domínios, assegurando o equilíbrio físico e emocional da pessoa. No Domínio do eu, a intervenção do enfermeiro visa ajudar a pessoa a sentir-se em segurança, na abordagem dos medos, perdas, ansiedades e ameaças ao equilíbrio emocional e desenvolver um plano de segurança pessoal. No Domínio do mundo, onde se partilha algumas das suas experiências com outros, a intervenção do enfermeiro visa entender a pessoa e os seus problemas de vida. No Domínio dos outros, locais de interação com outros, a intervenção do enfermeiro visa desenvolver formas de trabalho de grupo, descobrir e partilhar informação na busca de soluções (Barker & Barker, 2007).

Barker e Barker (2007) referem que a valorização holística implica uma conversação íntima e de confiança com a pessoa e torna-se a base da relação terapêutica, necessária para satisfazer as necessidades de cuidados da pessoa. É através da valorização holística que a pessoa conta a sua vida e o que a levou a procurar ajuda. No pensamento dos autores, antes que a pessoa recupere a sua vida, tem primeiro de reivindicar a mesma. A valorização holística é conseguida por meio de sessões um a um em que o objetivo é o empoderamento da pessoa, ajudando a reconhecer as mudanças que estão a ocorrer na sua vida, como seria a sua vida sem o problema e em que medida e o que necessita mudar para que isso ocorra. O profissional é o elemento essencial no processo num contacto informal que se desenvolve e se vai estruturando nas sessões entre a pessoa e este.

Deste Modelo considerámos os valores e as competências e, acolhemos as propostas das sessões um a um, e da valorização holística direcionados para a história de vida, como elementos mediadores entre os vários referenciais preconizados.

1.4 Modelo dos Sistemas

Neuman na sua vertente filosófica de ajudar cada pessoa a viver, desenvolveu uma perspetiva holística na forma de modelo de sistemas com que nos identificamos pela sua adequação e forte relação com os fatores de stress, a visão de sistemas e fácil adequação a diferentes contextos de intervenção, surgindo como possibilidade de o pensarmos para o contexto comunitário (Neuman & Fawcett, 2011).

O modelo dos sistemas tende predominantemente para o conceito de bem-estar numa conceção filosófica holística. A sua base partilha similaridades com a teoria da Gestalt e concebe que cada cliente ou sistema esteja rodeado de um campo percetivo em equilíbrio dinâmico, em que o stress e a reação a este desempenham um papel fulcral (Neuman & Fawcett, 2011).

Neste modelo, desenvolvido nos anos setenta, a pessoa é conceptualizada como um sistema aberto, em equilíbrio e em permanente interação com o meio interno e o meio externo. No entanto, quando surgem agentes estressores, ou seja, estímulos que provocam tensão, estes provocam um desequilíbrio, que pode fortalecer ou atingir os elementos do sistema. Em resposta a este desequilíbrio ocorre uma resposta positiva ou negativa, e eventualmente poderá surgir doença (Neuman & Fawcett, 2011).

Neste modelo, a autora refere que a Enfermagem é um sistema complexo pela sua diversidade de papéis e funções, referindo que todo o sistema é baseado no inter-relacionamento de cinco variáveis (fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual) que determina a resistência aos stressores (Neuman & Fawcett, 2011). O bem-estar (*wellness*) significa um estado de equilíbrio e harmonia entre as diversas partes do sistema e doença (*illness*) representa instabilidade e diminuição de energia do sistema afetando o todo (Neuman & Fawcett, 2011). O ambiente consiste nas forças internas e externas que envolvem o cliente, influenciando-se mutuamente entre si (Neuman & Fawcett, 2011).

1.4.1 Princípios do modelo

Neuman & Fawcett (2011) consideram que existem aspetos únicos neste modelo dignos de serem referenciados, nomeadamente:

- A estrutura básica do modelo é representada por uma série de anéis concêntricos á volta de uma estrutura central do cliente/sistema e representa os processos humanos de vida e morte;

- Existe a tendência natural do sistema estar em equilíbrio, mas mediante um conjunto de forças desestabilizadoras nomeadas de stressores, criam-se tensões com potencial para produzir instabilidade e diferindo de nome consoante produzem consequências positivas (eustress) e fortalecer ou negativas(stress) e atingir o sistema;

- Os stressores são definidos como “fatores ambientais que podem ser de natureza intra, inter ou extrapessoal “que têm o potencial de interrupção da estabilidade do sistema penetrando as linhas de defesa e resistência do sistema (Neuman & Fawcett, 2011, p.22);

- Vários stressores, “desconhecidos, conhecidos e universais” diferem no seu potencial de perturbar o equilíbrio do sistema ou linha de defesa (Neuman & Fawcett, 2011, p.14);

- As variáveis do cliente fisiológicas, psicológicas, socioculturais, desenvolvimento e espirituais em qualquer altura podem afetar o nível de proteção do sistema na linha de defesa que é flexível à reação do stressor ou conjunto de stressores;

- O sistema/cliente num estado de equilíbrio ou doença é uma composição dinâmica de 5 variáveis anteriormente referidas;

- Bem-estar é um estado contínuo de energia disponível para suporte do sistema no estado ótimo de equilíbrio e estabilidade;

- Implícito a cada sistema/cliente existem fatores de resistência internos conhecidos como linhas de resistência que funcionam como estabilizadores para recuperar o equilíbrio, a linha normal de defesa ou até mais elevada de estabilidade após reação a um stressor ambiental;

Em síntese, o modelo dos sistemas de Neuman tem o centro de um sistema aberto e linhas de defesa e resistência flexíveis, dispostas concêntricamente em constante interação com o meio ambiente e sujeitas a vários tipos de stressores. O sistema funciona tendencialmente em equilíbrio dinâmico e eventualmente, se as linhas perdem capacidade de defesa e de recomposição, pode então surgir a doença (Neuman e Fawcett, 2011).

A opção por este modelo neste Relatório fundamenta-se no pressuposto de que é importante e necessário compreender a família como um sistema, e em particular atender à alteração do equilíbrio do sistema por via da interação com fatores dos meios interno e externo, sob a forma de stressores.

1.5 Saúde Mental, Esquizofrenia e caracterização epidemiológica

Em estudos epidemiológicos recentes constatámos que cada vez mais a Saúde Mental é a base de um desenvolvimento equilibrado durante a vida de uma pessoa, relacionada com a capacidade de

adaptação à mudança, o lidar com as crises e criar relações satisfatórias com outras pessoas bem como descobrir um propósito para a vida. (Caldas & Xavier,.2013).

A Esquizofrenia é uma perturbação mental grave e crónica afetando mais de 20 Milhões de pessoas em todo o mundo. É caracterizada por alterações do pensamento, perceção, emoções, linguagem, sentido de self e comportamento. Frequentemente associada a alucinações e delírios (WHO, 2019).

A Esquizofrenia como doença mental grave, e de longo termo, afeta de várias formas não só a pessoa, mas também a família com quem o utente vive. Na Europa, 80% dos cuidados são providenciados por cuidadores informais. Em Portugal é estimada a existência de 1.100.000 cuidadores (Eurocarers, 2020).

Globalmente a Esquizofrenia está associada a um considerável grau de incapacidade, podendo afetar o desempenho a nível escolar/laboral.

Mais de 69% de pessoas com Esquizofrenia não recebem cuidados apropriados, 90% das pessoas que não são tratadas vivem em más condições e baixos rendimentos.

As pessoas com Esquizofrenia são menos propensas a procurar os cuidados de saúde comparativamente com a população no geral (WHO, 2019).

1.5.1 A pessoa com Esquizofrenia

No DSM-5 (2014) o diagnóstico de Esquizofrenia está incluído no grupo de outros transtornos do foro psicótico e implica que “apresente anormalidades em um ou mais dos cinco domínios a seguir: (1) delírios; (2) alucinações; (3) pensamento (discurso) desorganizado; (4) comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e ; (5) sintomas negativos.” (DSM-5, 2014, p.87).

Segundo o DSM-5 (2014) os delírios estão definidos como uma crença constante, não suscetível de ser alterada, mesmo com existência de evidências em contrário, existindo entre outros, as tipologias: persecutório, somático, de referência, de grandeza e religioso. Por vezes são de difícil distinção entre uma ideia que é veemente defendida, indo depender da firmeza com que se defende a mesma apesar

das contrariedades observadas. Podem-se tornar muito bizarros, evidenciando-se por não terem fundamento no quotidiano e conferirem baixo grau de credibilidade.

As alucinações segundo o DSM-5 (2014) são consideradas experiências, no seu leque de variedades, com as bases e todos os componentes de uma percepção real, contudo sem a presença de estímulo externo, nem sendo passível de controle voluntário.

O pensamento desorganizado é avaliado pelo nível de percepção do discurso proferido, se este faz algum sentido, sendo possível observar diferentes níveis de desorganização, atingindo por vezes níveis de tamanha incompreensão, criando sérios obstáculos á comunicação (DSM-5, 2014).

A observação do comportamento motor na pessoa com esquizofrenia, sendo grosseiramente desorganizado ou anormal, varia entre estados de agitação, alguma imprevisibilidade, estereotipia ou repetitivos o que pode implicar em limitações na concretização de procedimentos. Estas perturbações a nível da motricidade podem acontecer sob a forma de catatonia, sob a forma de resistência associada ao negativismo, rigidez da postura, até ao mutismo e estupor (DSM-5, 2014).

Os sintomas negativos são mais evidentes na pessoa com Esquizofrenia, do que nos outros transtornos do mesmo grupo. Existindo vários, dois evidenciam-se: a falta de iniciativa, motivação, ou atividades com algum propósito; e o fácies e postura característicos que concedem um aspeto inexpressivo a estas pessoas. Estes apontam-se como os dois principais sintomas responsáveis pelos elevados índices de morbilidade existente.

Partindo do conhecimento destes aspetos, compreende-se que a Esquizofrenia não tem expressão apenas na pessoa que padece da mesma, mas tem também repercussões na família e nas pessoas próximas com quem se relaciona.

1.5.2 O cuidador informal

O cuidador é um elo fundamental no tratamento da pessoa com esquizofrenia em contexto de domicílio. De acordo com o art.º 3 da portaria 64/2020 de 10 março, alínea a, designa-se de: «Cuidador informal o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta, cumprindo os deveres referidos no artigo 6.º do Estatuto do Cuidador Informal, aprovado em anexo à Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro».

Dias et al (2020) assevera que no contexto das doenças mentais, a Esquizofrenia é estimada como a doença mais incapacitante, pelo que a perspectiva do cuidar tornou-se mais difícil para o cuidador que assume a responsabilidade deste familiar.

Seabra (2010) afirma que o surgimento de doença leva à perda de *homeostase* e consequentemente, a pessoa tenta restaurar o equilíbrio perdido. A doença provoca uma crise, destabiliza a pessoa e o contexto familiar, que é o primeiro grupo de relação onde esta se encontra inserida. O autor prossegue defendendo que estes familiares habitualmente estão em sofrimento, pelos processos de perda, falta de recursos, stress e culpabilização, o que gera desequilíbrio, instabilidade e diversos riscos para a família.

É sabido que “as pessoas que mobilizam respostas humanas desadaptadas ou desajustadas, face aos problemas de saúde ou às transições que vivem ao longo do ciclo vital, poderão desenvolver alterações ou perturbações mentais, que no tempo se instalam e se organizam em doenças mentais” (Seabra, 2010, p.21).

Nesta sequência, alguns autores, sugerem a necessidade de acionar e estruturar procedimentos nas instituições de saúde direcionados aos cuidadores que estão sujeitos a níveis elevados de stress, na medida que este interfere no bem-estar e qualidade de vida, nos sentimentos e na esperança dos mesmos e em última análise, repercute na qualidade de vida e saúde dos familiares que são alvo do seu cuidado (Dias et al, 2020).

Também identificámos estas questões nos resultados da revisão *Scoping* realizados durante o projeto. Os mesmos corroboram as conclusões de Dias (2020) revelando por exemplo, no estudo de Sharif et al (2012) que existe relação entre sintomas de doença e a sobrecarga familiar. Também no estudo Navidian et al (2012) surge a intervenção psicoeducativa com resultados na redução da sobrecarga familiar e aumento da qualidade de vida. Os estudos de Hasan et al (2015) e Al-Hadi et al (2017) também obtiveram resultados positivos na intervenção psicoeducativa, porém mais direcionados para a dimensão educativa desta intervenção, realçando que a dimensão terapêutica aos cuidadores necessita de maior investimento. Identificámos nesta revisão que os programas psicoeducativos apresentavam uma estrutura entre 5 a 10 sessões e, somente estava uma sessão direcionada para a gestão de *stress* dos cuidadores informais.

2 PERCURSO E OPÇÕES METODOLÓGICAS

Ao longo deste capítulo faremos a apresentação de forma objetiva e sistematizada das diferentes etapas realizadas neste percurso. Não assumimos a realização de um estudo de investigação, porém, no estágio, recorreremos à utilização de técnicas e instrumentos de investigação e clínicos que nos permitissem conhecer e explorar uma necessidade observada em enfermagem com potencialidade para a intervenção do EEESMP, passível de ser respondida com uma proposta de intervenção.

Procurámos fundamentar as opções metodológicas e decisões recorrendo a um grupo de autores de referência Fortin (1999), Polit e Beck (2011) e Bardin (1995), assim como a estudos de evidência.

No Projeto de estágio realizámos uma Revisão *Scoping* procurando identificar evidência relativa às intervenções do EEESMP realizadas com cuidadores de utentes com esquizofrenia, que pudesse constituir a base de trabalho para a nossa proposta de intervenção (Apêndice I). Quatro estudos integraram os critérios de inclusão permitindo-nos compreender para além dos resultados obtidos, eventuais desafios a colocarem-se no período de estágio. Nomeadamente: (1) existência de reduzida produção científica sobre este tema; (2) principais conclusões da Revisão *Scoping* consensualizaram obtenção de bons resultados para o cuidador do utente com esquizofrenia através da intervenção psicoeducativa, por via de implementação de programas em contexto hospitalar com 5 a 10 sessões; (3) a maioria das sessões dos programas Psicoeducativos centram-se na vertente educativa da doença para o utente e cuidador, deixando a vertente terapêutica pouco explorada (Apêndice II).

Não encontramos evidência relativa à intervenção dos EESMP com cuidadores informais do utente com esquizofrenia, em contexto domiciliário. Nesse sentido, surgindo como uma área de interesse com necessidade de resposta de enfermagem, realizámos um conjunto de opções e decisões metodológicas para apresentar uma proposta de intervenção terapêutica para este grupo de população, a poder ser duplamente considerada: por um lado poder ser recurso para expandir a vertente terapêutica em programas psicoeducativos; por outro lado poder ser estruturada como intervenção autónoma dos EESMP, perante a inexistência de programas psicoeducativos definidos.

2.1 Caraterização do Local do Estágio

Importa referir que pela existência de uma experiência profissional prévia de 11 anos em psiquiatria internamento de agudos e 4 anos de Internamento de Psicogeriatria doentes agudos num hospital da área metropolitana de Lisboa, procedemos ao requerimento de pedido de creditação para o estágio I.

Conforme despacho nº8700/2019 de 1 de outubro de 2019, o regulamento de creditação de formação e de experiência profissional do Instituto Politécnico de Portalegre, no artigo 4.º explicita as condições de creditação, em que os créditos podem ser atribuídos pela experiência profissional adquirida, desde que devidamente aprovada. Obtivemos creditação do estágio através do processo de validação e reconhecimento de competências, mediante apresentação dos documentos solicitados, nomeadamente o requerimento, Portfolio, Curriculum vitae e declarações comprovativas, seguido de entrevista para avaliação e justificação das competências desenvolvidas em contexto profissional.

O estágio final ocorreu entre 16 de setembro de 2019 e 31 de janeiro de 2020, num total de 24 ECTS e 388 horas de contacto (E 336h; OT 14h; O 38h) previsto para a aquisição das competências de EESMP.

A nossa escolha do local de estágio incidiu na área da psiquiatria comunitária (na instituição de saúde onde exercemos funções) para a aquisição e desenvolvimento do conjunto acrescido de competências especializadas em saúde mental e psiquiátrica como enfermeira, inserido num projeto de intervenção na comunidade. Assim, como futuros EESMP elegemos este contexto para nós desconhecido, procurando ter contato com uma realidade até então distante da atual experiência profissional, que nos possibilitasse prestar cuidados de EESMP em contexto comunitário.

Este local de estágio permitiu-nos conhecer o tipo de intervenções que o EESMP realiza na área da SMP comunitária e a compreensão das dinâmicas existentes neste projeto. Especificamente os processos de encaminhamento; as redes e estruturas de suporte existentes; a articulação entre os diferentes serviços, elementos da equipa da instituição e o tipo de cuidados prestados; o desenvolvimento de cuidados de enfermagem de qualidade com os conhecimentos adquiridos e um conhecimento acrescido do funcionamento e respostas existentes no âmbito da saúde mental na comunidade.

Este estágio foi realizado num projeto de intervenção comunitária para utentes da área metropolitana de Lisboa com alta hospitalar, inserido num conjunto de projetos inovadores no âmbito do Plano Nacional de Saúde Mental. Por questões de salvaguarda de sigilo institucional e anonimato do local de estágio, vamos utilizar a designação Projeto P., em alternativa à denominação original.

O Projeto P. é um projeto, que funciona em articulação com um serviço de Internamento do mesmo hospital. Este projeto está orientado para garantir a continuidade do tratamento do utente com doença mental que tem alta do internamento e retorna ao domicílio. O Projeto P., visa colmatar dificuldades no pós-alta destes utentes, bem caracterizadas e comuns como: as taxas de abandono das consultas, a baixa adesão à terapêutica, o pouco ou nenhum apoio familiar ou social, a precariedade de condições socioeconómicas e habitacionais, e as limitações físicas e de saúde.

Dados do Relatório do Projeto P., referentes a 2018, revelaram a realização de 2.536 visitas domiciliárias, representando um total de cerca 53,3% do volume total de visitas efetuadas a utentes e famílias pela instituição.

Os objetivos do projeto P. visam: (1) Promover a relação terapêutica utente/família/equipa de saúde; (2) Melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde mental na comunidade; (3) Supervisionar a toma da terapêutica per os; (4) Promover a psicoeducação e (5) Administrar terapêutica injetável.

A equipa de intervenção do projeto P., é constituída por vários elementos: Coordenadora do Projeto, Assistente social, Psicóloga de apoio, Chefia de Enfermagem do internamento e do projeto, equipa de Enfermagem com elemento fixo da equipa do internamento, elemento de apoio da Medicina no trabalho, e dois elementos de apoio da Consulta Externa e da Electroconvulsivoterapia que funcionam rotativamente de forma a tentar garantir dois elementos nas visitas aos utentes e famílias nos domicílios.

O projeto P. funciona todos os dias úteis. Cada dia da semana possibilita a continuidade de cuidados aos utentes residentes nas diversas freguesias da área metropolitana de Lisboa, de acordo com um planeamento prévio e calendarização semanal:

2ª feira - Arroios, Lapa, Campo de Ourique, Cais do Sodré;

3ª feira – Olivais;

4ª feira - Picheleira, Beato, Alto S. João;

5ª feira - sede (área de dia) e se necessário alguns domicílios pontuais;

6ª feira - Marvila, Zona J, Chelas e Olaias.

As visitas ao domicílio são programadas de acordo com a zona de residência do utente. A equipa em intervenção, é composta pelo menos por dois elementos, desloca-se em unidade móvel da instituição e presta cuidados a utentes adultos com variadas patologias na área da Saúde Mental em articulação com o serviço de Internamento de um centro hospitalar, com intervenções previamente delineadas e agendadas (Apêndice III).

2.1.1 Planeamento e estrutura das intervenções no Projeto P.

Este processo tem início durante o internamento. Caso exista um utente com algum tipo de dificuldade ou falta de suporte familiar/social, o enfermeiro (é o profissional que habitualmente deteta este tipo de necessidades) encaminha a informação para os outros elementos da equipa no internamento para iniciar o mesmo. Através dessa informação, são mobilizados os restantes elementos da equipa multidisciplinar que pertencem também ao projeto P. e desta forma garantem o seguimento destes utentes em ambulatório, com avaliação das condições socioeconómicas da família em relação à continuidade dos tratamentos do utente e família.

Procede-se a um agendamento com o utente e família adaptado ao tipo de intervenção, procedimentos, disponibilidade da família, utente e equipa.

Desta forma, tenta-se criar uma relação de confiança e assegurar a continuidade dos cuidados de saúde através do seguimento e da adesão do utente ao plano de tratamentos. Durante todo o processo é reforçada e fomentada a sua participação ativa em todo este processo e incentivada a participação dos cuidadores informais para diminuir a prevenção de recaídas e reinternamentos.

Os cuidadores destes utentes raramente se deslocam à instituição, sendo a equipa de enfermagem a ponte de comunicação com os outros profissionais do Projeto P., no que respeita a pedidos de receitas e medicação, entre outros pedidos ou procedimentos. Por este facto, a nossa intervenção ocorre

sempre em contexto de domicílio, e é sujeita à periodicidade que as visitas se realizam, sejam estas semanais, quinzenais ou mensais.

Ao longo do período de estágio no Projeto P., observámos frequentemente os cuidadores esgotados física e emocionalmente e, escutámos algumas das suas vivências. Da partilha destas vivências identificámos temas comuns, também descritos na literatura, como: conhecimentos deficitários sobre o processo de doença do familiar, dificuldades relacionadas com o contexto da própria família (como por exemplo existirem outros familiares doentes), ou simplesmente não existir ninguém para os ouvir e ajudar a aliviar a vertente psicológica e emocional de um processo que vai continuar a longo prazo, que é o de cuidar de um familiar com doença mental grave, maioritariamente diagnosticados com Esquizofrenia.

Contrariamente a outros contextos (como em UCCs nos CSP) que utilizam instrumentos de medida para avaliar a sobrecarga do cuidador informal (nomeadamente a escala de Zarit), no Projeto P., não está definida a utilização de instrumentos de medida, tendo constituído para nós um desafio e oportunidade de procurar uma abordagem metodológica que permitisse conhecer as vivências destes cuidadores.

2.2 Definição da Problemática

A doença mental tem impacto no dia-a-dia da vida dos utentes, e também na vida das pessoas com quem vive e se relaciona, em particular na vida do cuidador informal. O convívio e o cuidar constante de uma pessoa com perturbação mental, influencia todas as interações no sistema familiar, relacionamentos, vida social e laboral, interferindo na qualidade de vida e saúde mental do cuidador, que ao cuidar do seu familiar se vê confrontado com o estigma, isolamento social, e com a falta de estruturas de apoio para aconselhamento e suporte emocional. (Navarini & Hirdes, 2008).

A falta de recursos e de informação relacionada com os diferentes aspetos da doença e do cuidar, leva a que os cuidadores não estejam preparados para este papel. Em particular, cuidadores ou famílias que cuidam de utentes com esquizofrenia ao longo da sua vida, sofrem tensões e conflitos que devem ser mediados e acompanhados por profissionais. (Pagliarini, Essen, 2004; Seabra, 2010).

Dias et al (2020) refere que a Esquizofrenia, no contexto das doenças mentais é considerada como a doença mais incapacitante e ao longo da sua vida a cuidar de uma pessoa com Esquizofrenia, o cuidador informal vai experienciando sentimentos negativos e sentindo baixos níveis de esperança comparativamente à população geral. Refere ainda que este ato de cuidar do familiar com esquizofrenia, implica um grande desgaste não só fisicamente como psicologicamente, o que por consequência diminui a qualidade de vida do cuidador, do sentimento de bem-estar e também o aumento de perturbações depressivas.

Os cuidadores informais reconhecem que os profissionais de saúde quando são disponíveis e recetivos, empáticos e interessados nas necessidades da pessoa, estabelecem uma relação de confiança e respeito mútuo o que os capacita a sentirem-se apoiados e conectados com os serviços de saúde. Construir uma relação com base na confiança e diálogo contínuo com os profissionais que ajudam a cuidar do familiar é importante como forma de assegurar e como meio facilitador do cuidador providenciar cuidados, mas também como forma de satisfazer as suas necessidades individuais. Por exemplo, um contacto estabelecido com profissionais de saúde permite que os cuidadores se sintam compreendidos por alguém que alcança os seus problemas e dificuldades, sendo confiáveis e proativos na disponibilidade, pelo que os cuidadores se sentem menos isolados (N.I.C.E.,2014, p.74)

Identificámos esta problemática do cuidador informal da pessoa com esquizofrenia e, procurámos ir de encontro a um dos objetivos do PNSM (2017) - de promover a implementação de intervenções para a promoção do bem-estar e da saúde mental do cuidador da pessoa com esquizofrenia - por forma a proporcionar uma intervenção terapêutica para os cuidadores.

Os enfermeiros são profissionais fundamentais na intervenção junto da família e, elos entre estas e as equipas de saúde. A sua intervenção pode desenvolver-se a partir de tomadas de decisão de cuidados baseados em evidência, replicando modelos ou programas psicoeducativos cuja eficácia tem sido demonstrada em vários estudos, de forma a reduzir níveis de stress e melhorar a comunicação entre a família e a pessoa com esquizofrenia. (Sharif, Shaygan, & Mani, 2012; Navidian, Kermansaravi & Rigi, 2012; Hasan, Callaghan & Lymn, 2015; Hasan, Callaghan & Lymn, 2017).

Ou ao invés, a sua intervenção pode planear-se a partir de um referencial de pensamento em Enfermagem de raciocínio indutivo em que o conhecimento produzido surge do “particular para o geral” aceitando realizar-se descobertas e conhecimento, a partir de várias formas de compreensão de uma

realidade. Enfermeiros, que assumem na sua prática esta forma de ser e de cuidar de outros, aceitam e valorizam a dimensão subjetiva do conhecimento, colocam-se várias perguntas e, procuram abordagens ou métodos apropriados para lhes responder (Streubert & Carpenter, 2002).

As nossas opções para planear a intervenção do EESMP com os cuidadores informais no estágio, fundam-se no referencial sistémico-humanista já referido, e portanto, assumem esta segunda forma de aquisição de conhecimento.

Assim, assumimos garantir uma coerência de sentido com o referencial teórico escolhido, assim como não desvirtuamos a sequência de pensamento construído na etapa de projeto, uma vez que adotamos uma prática de cuidado de enfermagem que quer ter como parceiros efetivos nos cuidados os utentes e os seus cuidadores, e não só identificada no discurso de autores. Neste sentido, procurámos estruturar uma proposta de intervenção proveniente da voz de cuidadores informais.

Partimos nesta descoberta de procurar compreender **a vivência de um cuidador informal, de pessoa com esquizofrenia**. Para explorarmos este problema, colocámos algumas sub-questões que se apresentam no subtópico Foco e Questão Orientadora, no subcapítulo 2.4.1.

2.3 Considerações éticas

Para podermos encontrar respostas ao problema definido, precisámos equacionar todas as questões ético-deontológicas e preparar um conjunto de documentação visando os pedidos de autorizações institucionais e do cuidador informal que aceitasse ser voluntário, neste processo. O respeito pelo sigilo profissional e a privacidade da pessoa são fundamentais na relação enfermeiro e cliente e, princípios deontológicos.

Villas-Bôas (2015) refere que o sigilo, segue o princípio da Autonomia, uma vez que o cliente como detentor de determinada informação pessoal e o profissional de Enfermagem o guardião e apenas a pessoa pode decidir o uso dessa mesma informação. Nesta sequência o sigilo é considerado não só um direito da pessoa como um dever do profissional, garantindo a confidencialidade, mas a confiança depositada.

Outro aspeto a referir é o direito à escolha, ou consentimento, segundo Nunes (2011) entendemos o consentimento como sendo aceitação, mas contempla também a recusa como possibilidade de escolha.

Pelos aspetos atrás explicitados, no decurso do estágio realizámos pedidos de autorização à Administração, Comissão Pedagógica e Comissão de Ética da Instituição onde decorreu o Estágio para efeitos de colheita de dados a cuidadores informais de utentes do Projeto P.

Foram redigidos vários documentos para formalizar o pedido de autorização institucional, entre os quais: carta do pedido de autorização ao conselho diretivo do centro hospitalar onde foi realizado o estágio, acompanhada pelo resumo do projeto de estágio (Apêndice IV), pelo documento do consentimento Informado para o cuidador informal e documento do instrumento de colheita de dados (Apêndice V).

Obtivemos autorização institucional tendo sido cumpridos todas as questões Éticas e Deontológicas previstas (Apêndice VI).

No decorrer dos procedimentos explicitámos que a qualquer momento se assim o desejar o interveniente poderá interromper o processo sem qualquer tipo de prejuízo para este.

2.4 Decisões Metodológicas

Foi através do processo das entrevistas e o contacto com a realidade desta cuidadora, que vislumbrámos as necessidades, fragilidades e potencialidades em formatos de intervenção para podermos ajudar esta cuidadora a encarar o futuro de forma mais positiva e menos angustiante.

2.4.1 Foco e Questão Orientadora

Na Classificação para a prática de Enfermagem (CIPE) o eixo do Foco designado por “área de atenção relevante para a enfermagem” (OE, CIPE versão 2., 2011., p.35) é o elemento principal para a formulação do diagnóstico de enfermagem. O Foco: consciencialização (Awareness) (OE, CIPE versão 2., 2011., p.46) surge nesta taxonomia de enfermagem, com a descrição do conceito como: cognição.

De acordo com o nosso referencial teórico, compreendemos quão redutora é esta definição do conceito, que se dilata num processo com características terapêuticas. No entanto, o presente Relatório poderá ser um humilde contributo para uma melhor compreensão deste conceito.

Segundo a perspetiva de pensamento em enfermagem de Chalifour a *Awareness*, compreendida como a *tomada de consciência de Si*, é simultaneamente um conteúdo e um processo, é o princípio central de toda a mudança durável numa intervenção terapêutica.

Partindo do entendimento deste conceito central para a intervenção terapêutica de base humanista em geral, mas igualmente importante para a intervenção terapêutica em enfermagem de saúde mental, procurámos formular uma questão orientadora suficientemente abrangente, para pensarmos a proposta de intervenção com os cuidadores informais.

Na medida em que a *Awareness* toma a designação de tomada de consciência de Si, na tradução portuguesa, percebemos que sendo o Foco de Enfermagem escolhido para a nossa proposta de intervenção, precisaríamos de formular uma questão que nos possibilitasse uma compreensão sobre a pessoa do cuidador informal nesse desempenho de papel. E, assim, definimos a seguinte questão: **Qual a vivência do cuidador informal, no cuidado à pessoa com esquizofrenia?**

Sentimos necessidade de pensar num grupo de sub-questões para nos facilitar compreender a vivência deste cuidador, que apresentamos:

- Quais serão as principais dificuldades vivenciadas pelo cuidador informal que cuida do seu familiar, com esquizofrenia?
- Que recursos ou estratégias adaptativas para a gestão das dificuldades encontradas, utilizará o cuidador informal no cuidado ao seu familiar?
- Quais serão as principais necessidades do cuidador informal de familiar com esquizofrenia?
- Quais os sentimentos ou emoções que emergem da sua vivência de cuidador?
- Que consciência tem de Si, neste processo vivencial de ser cuidador de um familiar com esquizofrenia?

2.4.2 Objetivos

A questão orientadora necessita de uma definição de objetivos claros para poder ser respondida, complementarmente à finalidade de apresentarmos uma proposta de intervenção. Nesse sentido definimos os seguintes objetivos:

- Realizar uma compreensão da vivência da pessoa como cuidador informal, de pessoa com esquizofrenia;
- Identificar dificuldades, necessidades, recursos, estratégias, sentimento e emoções da pessoa como cuidador informal, de pessoa com esquizofrenia;
- Compreender que consciência tem de Si como cuidador de pessoa com esquizofrenia.
- Apresentar uma proposta de intervenção terapêutica em enfermagem de saúde mental, visando o processo de *Awareness* do cuidador informal de pessoa com esquizofrenia.

2.4.3 Participantes

Por um conjunto de circunstâncias institucionais do contexto de estágio e o Projeto P., assim como pela opção teórica de pretendermos clarificar o Foco da *Awareness* como intervenção terapêutica na proposta de intervenção para cuidadores informais de pessoa com Esquizofrenia, em ligação a um referencial teórico ontológico, que possibilita a exploração em profundidade de problema identificado e, prevê um pequeno número de participantes, definimos como participante(s): Cuidadores informais de pessoa com esquizofrenia.

Definimos como **critérios de inclusão**:

- Pessoa adulta no papel de cuidador informal de pessoa com esquizofrenia,
- Cuidador informal de pessoa com esquizofrenia, utente do Projeto P.,
- Cuidador informal orientado auto e alopsquicamente, de pessoa com esquizofrenia,
- Cuidador informal de pessoa com esquizofrenia, que aceitasse ser voluntario em várias entrevistas, ao longo das fases relacionais de ajuda.

Definimos como **critérios de exclusão**:

- Cuidador informal de pessoa com esquizofrenia na fase inicial da doença,

- Cuidador informal com pouca disponibilidade (relacionada com aspetos laborais, familiares ou cuidativos),
- Cuidador informal que não aceite ser entrevistado.

Decorrente dos critérios definidos, elegidos 3 Cuidadores e após aceitação voluntária dos CI, prosseguimos com uma participante.

Utente do sexo feminino, adulta, com idade de 69 anos, casada com um filho, ainda a trabalhar em tempo parcial. De antecedentes pessoais de saúde, refere ser saudável, sem qualquer tipo de doenças ou alergias conhecidas, não faz qualquer tipo de medicação, sendo seguida regularmente pelo médico de família, no Centro de Saúde da área de residência. O pai faleceu de doença súbita e a mãe de doença oncológica. Cuidadora informal de um irmão de 61 anos a quem foi diagnosticada esquizofrenia. Este, vive sozinho com o seu apoio. Esta cuidadora ficou indiretamente responsável por ele após o falecimento da sua mãe e, diretamente responsável pelo irmão após o falecimento do pai.

Tem vindo a acompanhá-lo diretamente há 33 anos, no evoluir da sua doença ao longo da sua vida, pelo que desenvolveu diversas habilidades recursos e estratégias para conseguir cuidar do irmão como podemos constatar no Genograma, Ecomapa e Psicomapa elaborados após as entrevistas (Apêndice VII), (Apêndice VIII), (Apêndice IX).

2.4.4 Métodos clínicos e Técnicas e Instrumentos de colheita de dados

Considerando o referencial teórico sistémico-humanista que elegemos em concordância com o nosso pensamento em enfermagem, explicitamos que as decisões metodológicas (ainda que não seja um estudo de investigação) implicaram a escolha de métodos, técnicas e instrumentos de colheita de dados de âmbito qualitativo e clínico.

Estas, são fundamentadas de acordo com os modos de conhecimento em enfermagem, originariamente apresentados por Carper (1978) como os conhecimentos *empírico, estético, pessoal e moral*. Centramo-nos nos modos de conhecimento *estético e pessoal* para explicitarmos as nossas decisões metodológicas. Relembramos o entendimento de ambos os modos de conhecimento, para facilitar esta explicitação: Conhecimento *estético*, referido como a arte de enfermagem respeita à *compreensão e interpretação da experiência subjetiva, e o desenvolvimento criativo dos cuidados de enfermagem assenta numa apreciação da expressão subjetiva e, desafia a descrição formal e a medição,*

possibilitando o enquadramento para a exploração de metodologias de investigação qualitativas (adaptado de Streubert & Capenter, 2011, p.5); o conhecimento *pessoal* solicita dos enfermeiros o conhecimento do seu *Self*, pressupondo a autenticidade dos relacionamentos nos processos de interação, aceitando o *self* como instrumento e parte integrante no modo de aquisição do conhecimento.

Assim, numa dimensão clínica elegemos o método de estudo de caso entendido como a exploração intensiva de uma simples unidade de estudo, de um caso” (podendo esta ser uma pessoa, família, grupo, comunidade ou cultura), uma vez que possibilita aumentar o conhecimento que se tem sobre uma pessoa/família, particularmente quando se pretende responder a questões sobre um fenómeno do qual existe pouco ou nenhum conhecimento (Fortin 1999, p. 165 e 369).

Recorremos ao Modelo de intervenção terapêutica de Chalifour (2008) como forma de criarmos a relação de confiança com a cuidadora, que nos permitisse conhecer em profundidade esta sua vivência, orientando-nos pelas três fases que o autor definiu no seu modelo relacional de ajuda: 1) Fase de Orientação da Relação; 2) Fase de trabalho ou emergência das identidades; 3) Fase da conclusão da relação, explicitadas no enquadramento teórico.

O fio condutor de todo o processo de conhecimento da cuidadora, ao longo destas 3 fases, e que se constituiu como o mediador de conhecimento da cuidadora, mas também da intervenção terapêutica para a promoção da *Awareness*, foi a história de vida e a valorização holística, do referencial de Barker & Barker, que foram sendo conhecidos nas sessões de um para um, por meio das entrevistas formais não estruturadas (anexo II).

2.4.5 Apresentação e Compreensão dos Resultados

Quisemos conhecer parte do mundo subjetivo de uma cuidadora e propusemo-nos conhecer **qual a vivência do cuidador informal, no cuidado à pessoa com esquizofrenia?**

Partindo da análise de dados decorrentes do estudo de caso e, em particular das entrevistas, este conhecimento da vivência da cuidadora irá ser respondido a partir de uma apresentação sintética dos resultados obtidos.

Os dados que emergiram dos verbatins das entrevistas foram sujeitos a análise de conteúdo, pelo referencial de Bardin. Esta autora elucida que “a análise de conteúdo é definida como sendo um grupo de técnicas de análise de comunicações” e prossegue afirmando que “a análise de conteúdo é um método empírico dependente do tipo de fala a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende como objetivo” (Bardin, 1995, p.31).

Após a colheita de dados obtidos através da gravação das entrevistas, foram realizados os verbatins com a informação e procedemos à análise de conteúdo (Apêndice X).

Uma vez organizada a informação, foi possível quantificá-la em unidades de enumeração para uma visibilidade mais objetiva do sentir da cuidadora.

As duas categorias que se destacam, são as vivências negativas da cuidadora e as perdas vividas pela mesma, num total de 58,1%. A reforçar este aspeto as categorias com menos unidades de enumeração são as vivências positivas, os sentimentos e emoções vividos pela mesma e a autopercepção, o que nos leva a crer na necessidade de ajuda para esta cuidadora, e criar as bases para uma intervenção de enfermagem especializada que responda às suas necessidades. Apresentamos seguidamente a tabela global das categorias que emergiram da análise de conteúdo:

Tabela Global de Dados - Vivências da Cuidadora

Categorias	Total U.E.	% Parciais
Vivências Negativas da cuidadora	123	39,5%
Perdas vividas pela cuidadora	58	18,6%
As Estratégias de coping adaptativas e não adaptativas da cuidadora	50	16,1%
O conceito que a cuidadora tem de si	25	8,0%
Sentimentos e emoções vividos pela cuidadora	23	7,4%
Vivências positivas da cuidadora	20	6,4%
A cuidadora caracterizada por outros (autopercepções)	12	3,9%
Total:	311	100,0%

Na continuidade da análise dos dados compreendemos que a cuidadora está em constante stress decorrente do seu papel de ser a familiar de referência no cuidado ao familiar com esquizofrenia. Neste

aspecto fez-nos sentido procurar identificar a tipologia de stressores vividos pela cuidadora pela perspectiva do modelo dos sistemas, avaliando as respostas da cuidadora relativamente à dimensão da sua saúde.

Na sequência das entrevistas e da análise de conteúdo de toda a informação colhida, foi possível categorizar os stressores que esta cuidadora vive no seu dia a dia.

Os stressores intrapessoais identificados foram a ansiedade e inquietação, preocupação permanente relacionados com o estado de conflito interno constante com o dever de cuidar do irmão, que geram cansaço e perturbações no sono.

Nos stressores interpessoais, identificamos a relação com o irmão e a personalidade deste, bem como manter-se a ajudar nos períodos de crises, como sendo os principais. De que forma a cuidadora tem respondido a isto? Com controlo constante de tudo o que se passa com o irmão, com dispêndio do seu tempo para tratar dos variados aspetos da vida do irmão, o que gera uma predominância de sentimentos negativos, cansaço, enxaquecas e sentimento de intranquilidade.

Nos stressores extrapessoais a cuidadora referiu outro conjunto de aspetos que lhe causam tensão. Nomeadamente, o facto de arrendar um quarto a um inquilino na casa do irmão, resultando na gestão das tensões que surgem entre este e o irmão; também responder às solicitações dos vizinhos do irmão que a avisam quando e se algo não corre bem; as exigências do seu trabalho que, ainda assim, funciona como elemento de algum alívio no cuidado ao irmão e a dinâmica e burocracia dos serviços de saúde e, a intervenção dos diferentes profissionais de saúde.

Sintetizámos e apresentamos o resumo desta informação na tabela seguinte:

Tabela dos Stressores e Respostas aos Stressores da Cuidadora

Tipologia de Stressores	Stressores Identificados	Comportamento/respostas aos Stressores
S. Intrapessoais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ansiedade/inquietação; ▪ Conflito interno sobre o dever “herdado” de cuidar irmão; ▪ Preocupação permanente; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cansaço e perturbação do sono, ▪ Aceitação do papel de cuidadora, e ocupação frequente relativo aos assuntos do irmão, ▪ Negação e deslocamento dos sentimentos e pensamentos: condiciona a sua vida pessoal e profissional, à vida do irmão.
S. Interpessoais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relação com irmão (familiar com esquizofrenia) geradora de conflito(s) atuais e passados; ▪ Características da personalidade do irmão; ▪ Crises do irmão (delírios, alucinações, descontrolo, internamentos); 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Responsabilidade e Controlo constantes:</u> <ul style="list-style-type: none"> - da localização do irmão/diária - condições de higiene pessoais, Vestuário, e da casa do irmão; - alimentação; - gestão financeira; - do consumo álcool; - consultas e gestão medicação; - (...) ▪ Predominância de sentimentos negativos: Zanga/desilusão/tristeza, ▪ Tempo pessoal despendido a resolver assuntos do irmão, ▪ Enxaquecas, cansaço, intranquilidade
S. Extrapessoais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inquilino da casa do irmão ▪ Bairro da Residência do irmão (vizinhos contatam qd algo não corre bem) ▪ Emprego ▪ Instituições e Profissionais de Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gere tensões entre o inquilino e irmão, ▪ Responde/resolve os problemas sinalizados pelos vizinhos sobre situações que o irmão causa; ▪ Objetivos de vida centrados no trabalho; estratégia de fuga/refúgio da situação, ▪ Pede ajuda aos recursos da saúde.

Fonte: adaptado de Neuman & Fawcett (2011).

Partindo dos dados obtidos, conseguimos responder às sub-questões apresentadas anteriormente, que aqui relembramos:

1) Quais serão as principais dificuldades vivenciadas pelo cuidador informal que cuida do seu familiar, com esquizofrenia? As principais dificuldades que a cuidadora informal referiu foram as vivências negativas de ser cuidadora, gerir o comportamento e necessidades do irmão, sempre ocupada e cansada, com pouco tempo para si. Alguns exemplos estão expressos nas suas frases “... Foi muito traumatizante para mim ver as minhas coisas e do meu marido ali á venda”, “Liberdade ... eu vi tudo cair em cima de mim”, “A minha cabeça está cansada...”.

2) Que recursos ou estratégias adaptativas para a gestão das dificuldades encontradas, utilizará o cuidador informal no cuidado ao seu familiar? Relativamente aos recursos e estratégias adaptativas, utiliza estratégias de coping, evitação e somatização, permanece a trabalhar, tendo desafogo financeiro. Sentimos que a ocupação funciona possivelmente como forma de alívio do papel de cuidadora. Algumas falas ilustram as estratégias adotadas “... como lidei com o assunto, não falei disso ...”, “...as enxaquecas, continuo com isso”.

3) Quais serão as principais necessidades do cuidador informal de familiar com esquizofrenia? Identificámos que a cuidadora não explicita através do seu discurso as suas necessidades. Compreendemos que a sua vivência está mais centrada no familiar com esquizofrenia e nas suas necessidades deste, do que nas da própria, como inferimos a partir de frases da cuidadora neste sentido *“como vejo o futuro e ele..., nem sei, vou estar a viver um dia de cada vez”*.

4) Quais os sentimentos ou emoções que emergem da sua vivência de cuidador? Essencialmente emergem sentimentos negativos relacionados com vivências do passado e atuais, nomeadamente sentimentos de medo, revolta, desilusão, tristeza, zanga e resignação como os que refere nesta frase *“Já me deu uma bofetada há 20 anos, foi a única vez: senti muito medo, não estava à espera...medo e revolta”*.

5) Que consciência tem de Si, neste processo vivencial de ser cuidador de um familiar com esquizofrenia? Identificámos que a cuidadora fala, pensa e age em função do familiar, revelando dificuldade em falar das suas necessidades e vontades. Sentimos que podemos afirmar que esta cuidadora quase que se esquece de si. Parece que não vive, apenas sobrevive como se depreende nesta sua fala *“Eu acho que ao fim ao cabo eu consigo ultrapassar, tenho uma coisa boa e má, a sensação de imortalidade e que vou conseguir continuar com tudo, eu peço a deus, todos desejam a morte como a de meu pai, mas por outro lado, uma morte lenta e planeada, para poder orientar, deixar tudo com o meu irmão”*.

Assim em resposta à questão orientadora do Relatório **Qual a vivência do cuidador informal, no cuidado à pessoa com esquizofrenia?** cremos poder afirmar que a vivência desta cuidadora é uma *quase não vivência*. Não vive a sua vida, está como que num processo em que se anula como pessoa, ou seja **revela uma reduzida consciência de Si/awareness diminuída**.

É neste sentido que defendemos a intervenção do enfermeiro especialista, de âmbito terapêutico, visando ajudar ao restabelecimento da conexão dos cuidadores com o seu self através da *Awareness*, expressa na proposta do subcapítulo seguinte.

2.5 Apresentação da Proposta de Intervenção de âmbito Terapêutico do EESMP para com o Cuidador Informal, em contexto domiciliário

A nossa proposta de intervenção parte das compreensões efetivadas a partir da vivência do cuidador de familiar com esquizofrenia, apresentada anteriormente a partir do estudo de caso que realizámos. No entanto, o formato desta resposta de potencial e valor terapêutico, foi pensado para

poder ser implementada com qualquer cuidador, uma vez que definimos uma resposta terapêutica para desenvolver a vertente capacitadora (empoderadora) do cuidador informal, face às suas diferentes necessidades.

Para melhor explicitarmos a nossa proposta de intervenção terapêutica vamos brevemente relembrar as nossas decisões teóricas e metodológicas, de forma a clarificarmos de forma sintética o percurso que nos conduziu aqui.

Adotámos o Modelo de Betty Neumam procurando avaliar os stressores do cuidador enquanto sistema dinâmico, com uma vivência de mais de 30 anos como cuidador de familiar com esquizofrenia, em permanente interação com este e outros sistemas dinâmicos e com o ambiente, no sentido de identificarmos alterações nas linhas de defesa do sistema cuidador (linhas: flexível, normal e resistência) e, portanto avaliarmos a proteção da estrutura básica deste sistema e a adaptação encontrada, a partir da tipologia de respostas manifestada pelo cuidador, aos stressores. Este modelo defende que quando os 3 tipos de linhas são invadidos, pode ocorrer redução da energia do sistema (cuidador), adoecimento ou mesmo ocorrer morte. As respostas aos stressores encontradas com a cuidadora do estudo de caso, permitiram-nos compreender a existência de vários stressores pelo que pensámos ajudar a contribuir para o restabelecimento do sistema (cuidadora).

Esta cuidadora vive em permanente stress ao longo de 33 anos decorrente do seu papel de ser a familiar de referência no cuidado ao familiar com esquizofrenia. Neste aspeto fez-nos sentido avaliar as respostas ao stress vivido pela cuidadora relativamente à dimensão da sua saúde. Identificámos ansiedade e inquietação, preocupação permanente relacionados com o estado de conflito interno constante com o dever de cuidar do irmão, cansaço, perturbações no sono, controlo constante de tudo o que se passa com o irmão, dispêndio do seu tempo para tratar dos variados aspetos da vida do irmão, vivência de sentimentos negativos, enxaquecas e inexistência de projeto futuro (...) pelo que concluímos que esta cuidadora apresenta uma gradual **perda de contato** para consigo própria e por isso: riscos potenciais para a sua saúde.

Chalifour (2008) no seu Modelo de Relação de Ajuda Profissional (RAP), sugere uma das principais intervenções terapêuticas e processo de ajuda relacionado com o desenvolvimento da *awareness* com os clientes. Quisemos propor, como EESMP, uma intervenção promotora da *Awareness* do cliente, enquanto facilitador ou acompanhante deste, ajudando-o a alcançar uma maior consciência de si no

momento presente, preparando-o para a autorresponsabilização de responder às necessidades que identifica e por consequência, fazer uma gestão otimizada dos seus recursos internos para ultrapassar essas dificuldades e desconfortos.

Este autor estabelece a relação de ajuda num processo de três fases, já anteriormente explicitado, que surge na nossa proposta. Consideramos como intervenção mínima realizar 6 encontros/entrevistas com o cliente. O fio condutor de todo este processo diz respeito à história de vida do(s) clientes. A história de vida é o elemento principal no Modelo de Barker, pela importância que tem para a compreensão dos clientes, a partir da forma como eles próprios sentem e veem o mundo e a sua vida. Então, tendo a história de vida do cliente como mediador para a intervenção terapêutica do EESMP, assim como a valorização holística sugerida pelo autor, e uma vez que a nossa proposta de intervenção é para ser realizada no domicílio, também assumimos deste modelo as sessões um a um.

Clarificamos que complementarmente a todo o processo de intervenção terapêutico que propomos, prevemos adequar as atitudes relacionais de ajuda e as variadas técnicas de comunicação verbal e não verbal para ajudarmos os clientes a desenvolverem a sua *Awareness*. A apresentação da proposta, salvaguarda a premissa de que a intervenção se operacionaliza com o que cada cliente traz ou está disponível para partilhar, em cada um dos encontros. A estrutura definida no quadro é uma proposta geral de intervenção terapêutica com um cuidador para o Foco de Enfermagem: *Awareness*.

Fases RA	Orientação da Relação		Trabalho/Emergência Identidades			Conclusão
Encontros	1º	2º	3º	4º	5º	6º
Objetivos dos Encontros	Conhecer o cliente; Iniciar a relação terapêutica; Explicar a proposta de intervenção;	Aprofundar a relação terapêutica; Relembrar o Contrato entre cliente e profissional; Dar voz ao cliente;	Identificar com o cliente as: - necessidades, - dificuldades, - pensamentos, - emoções, - recursos, - (...)	Capacitar para necessidade de realizar escolhas;	Desenvolver consciência psicocorporal	Concluir a relação terapêutica, capacitando o cliente para lidar com os seus processos internos
Estratégia RA	Reconhecer	Acolher	Escolher e Desenvolver		Agir	Assumir
Awareness	Capacitar para a consciência de si: awareness					
Intervenções do EESMP no desenvolvimento da Awareness do cuidador de familiar com esquizofrenia	<p>Explicitar a intervenção a realizar apresentando o conceito de awareness e como decorrerão os encontros;</p> <p>Explicitar que aumentar a consciência de si, implica reconhecer o que se vive e experiência através dos sentidos, pensamentos, necessidades, gostos, acções, emoções...</p> <p>Clarificar a utilização da História de vida como mediador de todo o processo terapêutico;</p> <p>Realizar contrato terapêutico;</p>	<p>Capacitar a reaprender: a familiarizar-se com os sinais orgânicos;</p> <p>Capacitar para reconhecer o que sente e atribuir sentido;</p> <p>Ajudar a identificar o conteúdo latente, e transformar em manifesto;</p> <p>Capacitar para acolher o que vive e sente;</p> <p>Capacitar para expressão das vivências ao ritmo do cliente;</p> <p>(...)</p> <p>O profissional manter-se consciente da dimensão contratransferencial;</p>	<p>Ajudar o cliente a identificar e reconhecer as necessidades mais emergentes;</p> <p>Ajudar a clarificar as situações com necessidade de serem resolvidas;</p> <p>Ajudar a reflectir sobre acções que sejam opções para resolver as situações (o que o cliente pode escolher dizer ou fazer);</p> <p>Interrogar a cliente quanto às opções das escolhas que poderá fazer, e das suas preferências quanto às mesmas;</p> <p>O profissional manter-se consciente da dimensão contratransferencial;</p>	<p>Ajudar o cliente a ter consciência das escolhas das acções que planeia realizar;</p> <p>Capacitar o cliente para considerar os efeitos das escolhas a realizar: efeitos desejáveis e indesejáveis;</p> <p>Ajudar a ter consciência das escolhas e efeitos destas relativamente a favorecerem o seu crescimento desenvolvimento</p> <p>Capacitar o cliente a preparar-se para a acção;</p> <p>O profissional manter-se consciente da dimensão contratransferencial;</p>	<p>Decidir implementar as acções escolhidas;</p> <p>Capacitar para a definição de uma temporalidade possível para realizar a acção;</p> <p>Dar-se conta ou tomar consciência do efeito da acção realizada, em si;</p> <p>Capacitar o cliente para a continuidade do processo de afirmar-se face às suas necessidades e, agir em congruência com o que sente;</p> <p>O profissional manter-se consciente da dimensão contratransferencial;</p>	<p>Ajudar o cliente a tomar consciência do processo terapêutico realizado;</p> <p>Questionar sobre como se sente relativamente à tomada de consciência de si;</p> <p>Ajudar o cliente a avaliar esta experiência;</p> <p>Fechar o contrato terapêutico;</p> <p>O profissional deve avaliar a sua competência relacional no processo terapêutico com o cliente;</p> <p>O profissional deve avaliar os ganhos que o cliente teve na tomada de consciência de si e avaliar a sua própria awareness no processo terapêutico a partir dos encontros, na relação com o cliente</p>

Fonte: Adaptado de Barker (2007), Chalifour (2008), Neuman (2011).

2.6 Reflexão e implicações profissionais

Chalifour (2009) refere-se ao *awareness* como processo fundamental na intervenção terapêutica. Utilizando estratégias de dimensão positiva e centrada na pessoa. É importante trabalhar a *awareness* para ganho da consciência de si, com o cliente, mas importante também trabalhar o conceito para o Profissional: como enfermeiro e como instrumento terapêutico neste processo e, desta forma fazer, promover o desenvolvimento e crescimento , a nível profissional e pessoal.

Estas análises reflexivas surgiram como proposta no decorrer do estágio final como processo de desenvolvimento pessoal e de competências como EEESMP como uma forma também de gerir fenómenos de contratransferência consequenciais das diversas situações com que nos fomos deparando no EC.

No decorrer deste processo de aprendizagem de quase dois anos existiram sem dúvida muitos momentos que contribuíram para o meu desenvolvimento e aprendizagem no contexto pessoal e profissional. Neste sentido concedo particular importância Unidades Curriculares de Desenvolvimento Pessoal e de Relação de Ajuda, através dos exercícios e momentos de partilha com o grupo de colegas e docentes das mesmas e também na fase final do curso já em contexto de estágio clínico.

Nestas semanas em que estive inserida numa equipa de intervenção de enfermeiros e desloquei-me acompanhada por enfermeiros aos domicílios dos utentes e suas famílias para prestação de cuidados específicos e previamente planeados.

Por ser estranha a esta realidade e a estas famílias, todos os momentos iniciais de contato revestiram-se de momentos de ansiedade e tensão. Por ter consciência deste comportamento em mim, tentei ultrapassar este receio, basicamente de não ser aceite, ou de ser alvo de algum juízo ou preconceito, pois ter este receio é algo que tendencialmente tenho em mente de antemão quando não conheço as pessoas. Ao mesmo tempo estou ciente que estou a entrar na esfera pessoal destes utentes, pelo seu contexto de doença são naturalmente desconfiados e podem reagir negativamente a qualquer comportamento ou reação minha e até pôr em questão a continuidade do tratamento.

Fui constatando numa série de contatos com as famílias ao longo das semanas, que independentemente do contexto socioeconómico ou contexto cultural, estão de um modo geral

recetivas e numa atitude de aceitação, e estou também mais disponível e mais consciente dos seus percursos e as suas histórias de vida.

Agradavelmente surpreendida por estas famílias e utentes receberem-nos e receberem-me, com alegria, afeto e hospitalidade, pois para alguns, estas visitas, ao longo dos anos já não são de enfermeiros, mas família, somos a porta para o mundo e frequentemente as únicas pessoas que eles vêm com alguma regularidade e têm como recurso, desenvolvem relação e afeto genuíno para conosco. Conclui que cuidar aqui nestes contextos reveste-se de fortes componentes relacionais e de suporte emocional, a expectativa do contato e afeto que frequentemente vão muito além do momento e intervenção que está agendada.

Neste âmbito a proposta de intervenção apresentada responde a estas necessidades dos cuidadores e, nesse sentido, assume-se a importância da sua divulgação e publicação, numa primeira fase a nível institucional conforme compromisso estabelecido no período de estágio e, posteriormente numa forma mais abrangente em eventos de cariz científico.

Parte II - REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS

Nunes (2011) refere que a reflexão é algo executado de forma consciente, para conhecimento sobre nós, sobre o mundo e a forma de estarmos no mundo. É algo que admite tentativa e erro, mas também habilidades de analisar e condensar o conhecimento, de se relacionar, mas também ampliar a relação com os outros, e assim, podemos dizer, produzir conhecimento pessoal.

No percurso da Enfermagem a nossa profissão foi-se definindo com gradual construção de conhecimento desde Florence Nightingale. Outras teóricas como Carper, Watson, Peplau trouxeram os seus contributos mais abrangentes e aplicáveis a todo o tipo de condições e contextos da natureza humana, e outras autoras dedicaram-se a áreas específicas da enfermagem, como a Saúde Mental e Psiquiátrica. No contexto do exercício profissional a EEESMP rege-se por quadros de competência específicos, as competências do EE são competências aperfeiçoadas do ECG.

Após procedermos á descrição e análise detalhada de todo o processo de aquisição e desenvolvimento de competências gerais e específicas do EEESMP, iremos também analisar a aquisição e desenvolvimento de competências de mestranda no contexto de estágio clínico.

Antes de iniciarmos este processo reflexivo sobre a aquisição destas competências, consideramos pertinente a análise acerca do processo como se operacionalizam estas competências. Carper (1978) enumera 4 níveis de saber: o saber empírico; saber estético; componente do conhecimento pessoal e componente moral do conhecimento. Ao falarmos de conhecimentos facilmente somos induzidos a pensar em teorias e ciências, no entanto Carper (1978) defende as competências profissionais como sendo desenvolvidas com fundamento no saber. Refere ainda que o alcançar estes padrões de conhecimento é condição essencial para ensinar e também aprender em Enfermagem.

Le Boterf. (2003) refere-se á competência como sendo a capacidade de integrar a heterogeneidade de diferentes saberes para concretizá-los através da prática na profissão.

Neste contexto torna-se evidente a importância de referenciar através do aprofundamento de competências no exercício como ECG, pelo que iremos referenciar aspetos importantes do nosso percurso profissional que contribuíram para o desenvolvimento das competências em questão.

Peplau (1992) como impulsionadora da relação terapêutica na Enfermagem defende que as competências nesta área estão relacionadas com a existência de padrões elevados de consciência de si e de crescimento pessoal.

Le Boterf, por sua vez, fala-nos de 3 dimensões da competência ou “profissionalismo” (Boterf, 2003., p.61). A primeira dimensão reporta aos recursos disponíveis em que se associam os recursos pessoais do profissional aos recursos existentes no contexto da prática. A segunda dimensão designada de práxis profissional e dos resultados obtidos estuda a competência do profissional e do que é expectável relativamente ao papel exercido, no contexto em que se insere e na prática profissional. Ao distanciar ou refletir, o profissional e a sua prática vão de encontro á terceira e última dimensão: a de tomada de consciência, desta forma mais do que descrever as práticas ocorridas, o profissional competente esclarece os seus motivos e coloca-os num esquema de execução operatório que surge ao apropriar-se da experiência, da literatura e do resultado final.

É justamente este processo que se pretende descrever neste capítulo. Analisar e detalhar os nossos recursos pessoais, aliados aos recursos do meio (percurso no ME em EEESMP, processo de creditação e estágio final) ao desenvolvimento das competências. Iremos detalhar os fatos mais pertinentes deste percurso no ME em EEESMP, mais especificamente nas diversas unidades curriculares, aspetos da creditação e estágio clínico.

Sumarizamos com uma ponderação reflexiva e tomada de consciência dos processos desenvolvidos de forma a podermos comprovar a aquisição de competências necessárias para o exercício como EEESMP. Iremos, então, descrever os processos e o esquema operatório, enumerar os procedimentos efetuados, objetivos, forma de execução e resultados obtidos.

Em 47 anos de existência dos quais 22 anos de exercício profissional. Com experiência prévia na área de enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica antes de ingressar no ME, destacam-se 15 anos de exercício profissional como enfermeira na área de Psiquiatria em hospitais da área metropolitana de Lisboa. Sendo enfermeira há cerca de 12 anos em internamento de Psiquiatria de Agudos e 3 em internamento de doentes agudos de Psicogeriatría, reconhecemos os padrões comportamentais de pessoas com doença mental grave, nomeadamente com Esquizofrenia nas fases de primeiros surtos e mais deterioradas, habilitados a identificar os problemas e através de uma intervenção adequada, contribuir para a sua resolução. Estes conhecimentos e práticas proporcionaram um razoável recurso

peçoal de experiência com características que, aplicadas nomeadamente no Projeto P. num hospital de Lisboa, criaram e estabeleceram condições para o desenvolvimento de competências do EEESMP.

O exercer Enfermagem na área da Saúde Mental e Psiquiátrica reveste-se de particular importância sob o ponto de vista ético, pelas peculiaridades existentes na população alvo dos cuidados. As pessoas nestas circunstâncias frequentemente apresentam-se cognitivamente e emocionalmente vulneráveis, associando-se também alterações na percepção da realidade interferindo na forma como a pessoa irá reagir com o que se passa à sua volta e com as pessoas em seu redor, o que por vezes cria situações controversas. As situações de tratamento involuntário, ocorrem por situações de risco para o próprio ou terceiros conforme descrito na Lei de Saúde Mental, Lei nº 36/98, de 24 de julho. O comprometimento intelectual e afetivo pode interferir na autonomia da pessoa e no seu extremo podem surgir questões relacionados com o consentimento informado, a dignidade da pessoa, integridade física e psíquica. Pelo que se torna particularmente importante, o respeito pela autonomia e direitos da pessoa enquanto centro do cuidado, tendo em consideração " 3 fundamentos da ética de enfermagem.: (1) o compromisso de cuidado, que faz a transição para a responsabilidade, que se operacionaliza no pacto do cuidado; (2) o reconhecimento do Outro e da sua dignidade que requer o ajustamento á sua singularidade; e (3) o poder enquanto capacidade, a obrigação especial no sentido da persecução da excelência e proteção das pessoas(Nunes, 2011,p.57).

Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais, em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.(OE,1998) ¹

Segundo o nº2 do artigo 4ºdo REPE, (...) Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica técnica e humana para a prestação de cuidados de Enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis de prevenção primária, secundária e terciária.

¹Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros-REPE.4º nº1

Para Le Boterf (2003) a identidade do profissional, em enfermagem é nada mais que uma construção em função de um projeto, produto, resultado esperado ou serviço prestado a um cliente, Le Boterf (2003) defende também que a competência profissional como sendo uma disposição para agir de forma pertinente em relação a uma situação concreta.

Neste capítulo iremos analisar e refletir sobre os conhecimentos teórico-práticos adquiridos ao longo do percurso do ME, bem como, a aquisição desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista, as competências adquiridas como EEESMP e concluir com a descrição das competências de mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de saúde Mental e Psiquiátrica.

Na fase final do percurso do ME, no decorrer do estágio clínico é expectável que apresentemos um conjunto de competências aplicadas e desenvolvidas sob a ótica das experiências ocorridas em contexto do estágio final. De seguida iremos sumarizar em cada um dos subcapítulos a análise das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, seguidas das Competências Específicas do EEESMP, terminando com as de grau de mestre em Enfermagem, na área de especialização de ESMP

Ao integrarmos uma equipa de intervenção na comunidade, inserida num hospital público em Lisboa. Foi possível constatar nos neste estágio através do contato com vários utentes, famílias e seus cuidadores, os vários níveis de relação e confiança em laços estabelecidos com os elementos da equipa, os diversos estádios da doença e o impacto no utente, cuidado e família, as estratégias e recursos mobilizados para cada utente família e situação, adaptando às situações, pessoas, locais e contextos. Para ser EE foi necessário desenvolver um conjunto de determinadas competências por forma a ficarmos habilitados na prestação de cuidados especializados de enfermagem.

Vamos de seguida falar de cada uma das competências, das Unidades de competência e respetivas observações relativos aos critérios de avaliação no contexto das atividades e intervenções desenvolvidas no contexto do ME.

3 DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Ao analisarmos sob um olhar atento o conjunto de competências comuns do EE, reconhecemos vestígios do quadro de competências que regem o ECG. Pelo que nos pareceu plausível referenciar alguma da prática que fez parte e contribuiu para atingirmos estas competências no ME.

Segundo o nº3 do artigo 4º do REPE, "(...) Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade(...)".

As nomeadas competências comuns do enfermeiro especialista, denominadas deste modo, por serem as competências para os enfermeiros especialistas de todas as áreas de especialidade, evidenciam-se através da "(...) elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. "(Ordem dos enfermeiros, 20019, p4745).

De acordo com o Regulamento nº140/2019, preambulo podemos afirmar que o "(...)enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser -lhe atribuído, nos termos do disposto na alínea i) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conjugado com o Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, que define a Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional, o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.(...)". Refere ainda que "(...) A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, e que constituem o objeto do presente Regulamento (...)"

No primeiro domínio de competências A, a competência A1, unidades de competência e respetivos critérios de avaliação referem-se ao desenvolvimento de uma prática ética e legal, agindo de acordo com as normas legais e a Deontologia Profissional.

Ao nível dos padrões de conhecimento em enfermagem, Nunes (2011) define o quinto domínio, como “sendo o domínio da Ética, onde são incluídos significados morais, que desta forma expressam um conjunto de obrigações, princípios e valores nas relações, de Si, do Outro e do Mundo”, (Nunes, 2011, p.143)

De acordo com o código deontológico, inserido no estatuto da OE, publicado como anexo pela lei nº156/2015 de 16 de setembro no artigo 99º em que refere como princípios gerais “(...)as intervenções da enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa de liberdade e de ajuda da pessoa humana e do enfermeiro (...)” tendo em conta os valores universais e princípios orientadores de toda a sua conduta no exercício da profissão.

No contexto clínico, deparamos com uma multiplicidade de situações que levantam todo o tipo de dúvidas e problemas. O EE além de garantir o respeito pelos direitos do utente e família salvaguardados em legislação para o devido efeito, deve também adequar comportamentos e criar condições de acordo com as unidades de competência explícitas no regulamento referido, que garantam um ambiente terapêutico e seguro.

As intervenções devem ocorrer no sentido de assegurar também a satisfação das necessidades culturais, espirituais e religiosas durante os procedimentos que realiza; promover adesão a práticas e comportamentos saudáveis da pessoa e sistema familiar, inseridas no contexto cultural e religioso; garantir intervenções como a administração de medicação e promoção no seio da equipa da singularidade de cada sistema familiar.

No projeto P. os cuidados desenvolvem-se num contexto de equipa, com uma relação muito dinâmica com os sistemas familiares no processo de tomada de decisão. De lembrar que este projeto existe na instituição onde exerço funções como enfermeira noutro serviço com características completamente diferentes. Através da enfermeira orientadora e restante equipa de intervenção tivemos oportunidade de participar dos processos de decisão e estabelecer o melhor conjunto de intervenções de acordo com as necessidades sentidas e preferências de cada sistema familiar com que

estivemos em contato. No decorrer do estágio, deparamo-nos com uma série de situações, que implicaram estratégias de resolução de problemas e tomada de decisões com base em conhecimento e experiência adquiridos de procedimentos anteriores, como por exemplo, ver um utente já conhecido de longa data que faz terapêutica injetável, de 15 em 15 dias e com uma avaliação adequada, pelo discurso e comportamento que ele precisa de um ajuste terapêutico, ou um utente que o irmão faleceu ,deverá ter uma supervisão mais constante. O planeamento das intervenções a realizar, é feito com base nos conhecimentos construídos ao longo do nosso percurso profissional, bem como as aprendizagens adquiridas no decorrer do ME.

As tomadas de decisão ocorreram fruto de reflexões alicerçadas nas nossas responsabilidades do ponto de vista deontológico e particularizadas para cada tipo de intervenção efetuada. As intervenções uma vez planeadas, são sempre refletidas e conferenciadas com o utente e família e em parceria com a equipa para oferecer respostas adequadas apartir das opções existentes e sempre em concordância com o utente e família. Em conjunto com a equipa de intervenção, uma vez em contacto com os utentes, seus familiares e cuidadores, tivemos oportunidade de estabelecer relação terapêutica, fazer intervenções, avaliar e fazer reformular procedimentos, planear novos projetos, participando deste modo nos processos de tomada de decisão com base no conhecimento e experiência dos elementos da equipa, mas também com base nas normas legais do CDE.

Objetivando compreender as necessidades dos cuidadores das pessoas com esquizofrenia a partir da sua experiência de cuidador, foi formalizado um pedido à Direção/Administração do local do EC, por forma a obtenção à autorização para a realização de entrevistas a cuidadores dos clientes do Projeto P. Foram pedidas autorizações prévias á Comissão Científico Pedagógica e Comissão de Ética da Instituição em questão onde o estágio se desenvolveu no sentido de autorizarem a utilização de dados colhidos no decorrer do estágio ,bem como pedido consentimento ás pessoas envolvidas no estudo. Este pedido seguiu e cumpriu todos os critérios da Comissão de Ética da Instituição no contexto do EC (Apêndice VI) assim como, foi solicitado aos participantes o seu consentimento para serem entrevistados, explicitados os objetivos do estágio, das entrevistas, garantido o anonimato. e respeito da decisão, sem quaisquer repercussões, caso desejassem interromper e sair do estudo(apêndice V).

Neste projeto tivemos contacto com famílias em diversos contextos familiares culturais espirituais e religiosos, nomeadamente a cultura cigana, comunidade africana, indiana, famílias de religião Indú, muçulmana, entre outras, o que constituiu uma oportunidade de aprendizagem por forma a garantir a

satisfação das necessidades dentro da especificidade de cada família, garantindo os cuidados com responsabilidade, respeito e com vista à excelência do cuidar.

O processo de tomada de decisão é alicerçado por um suporte legal e princípios da deontologia profissional, de forma a facilitar o processo. Esta tomada de decisão é fundamentada com base na reflexão assente num conjunto de princípios e valores profissionais, como determinado nos critérios definidos do regulamento de competências comuns de EE. Frequentemente estas estratégias são desenvolvidas primeiramente com o utente e família de acordo com os critérios anteriormente referidos e só, depois partilhadas com a restante equipa, garantindo o respeito dos direitos humanos, direito à escolha, através da responsabilidade profissional.

Pelo que foi anteriormente descrito, com base nos critérios de avaliação podemos concluir que esta experiência se constituiu uma excelente oportunidade de aplicação dos conhecimentos, princípios e valores adquiridos do domínio da ética e deontologia pelo que podemos afirmar ter desenvolvido competências na área de tomada de decisão ética.

Prosseguindo para a unidade de competência A2 que está orientada para a *garantia da prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais*.

De acordo com o código deontológico, inserido no estatuto da OE, republicado como anexo pela lei nº156/2015 de 16 de setembro no artigo 99º, no nosso exercício profissional devemos garantir os valores universais a defesa da liberdade e dignidade humana e o respeito pelos direitos humanos dos utentes alvo dos cuidados e a responsabilidade perante o nosso papel na sociedade enquanto profissionais.

Tivemos oportunidade de observar na prática os efeitos do estigma associado à doença mental e o impacto deste no utente, nas vertentes familiar profissional económica e social, bem como o sentimento de incompreensão, vergonha e de abandono. Lidamos também com uma linha ténue alicerçada com o grau de confiança e segurança que os elementos da equipa vão construindo no sentido do utente e família aceitarem a nossa entrada como profissionais de saúde no seu contexto familiar e de aceitarem a continuidade dos tratamentos. Importa referir que “pela nossa expressão facial, pela postura, porte de cabeça e maneira de ser, a pessoa projeta uma imagem de si própria e do seu papel na sociedade (Phaneuf, 2005, p.69), pelo que a autora prossegue que são diversos os obstáculos que

podem interferir na relação enfermeiro e utente entre eles: as diferenças culturais e religiosas; os preconceitos e estereótipos; o nível de educação dos interlocutores. Nesse sentido importa referir a necessidade de tornar-se perceptível e colocar o outro á vontade, utilizando palavras e expressões da pessoa e assegurar-se que esta nos compreende (Phaneuf, 2005).

Neste estágio conseguimos constatar na prática, a forma como os utentes, famílias e cuidadores, com os seus eventos de vida, as suas peculiaridades familiares e socioeconómicas têm grande influência no processo de saúde-doença mental. Este foi a nossa primeira experiência de contato com utentes e suas famílias em contexto domiciliário na comunidade. O estágio foi uma forma de preencher esta lacuna na nossa experiência enquanto profissional, de forma a ter acesso, compreender o trabalho executado nestes contextos e estar alerta para a ocorrência de algumas situações com doentes em questões de privacidade sigilo e respeito pelo sistema de valores costumes e crenças, a vários níveis.

No planeamento das intervenções, procurámos assegurar a igualdade de acesso aos cuidados, agir com verdade através do respeito pela justiça, promover a liberdade de escolha sem esquecer o bem comum, satisfazer as necessidades de quem cuidamos de forma justa e adequada. Mobilizamos os recursos pessoais e os recursos existentes, com uma finalidade específica e prévio refletir no processo o que demonstra um agir com competência. Ter em consideração os valores e fundamentos anteriormente mencionados tem sido uma pedra basilar no nosso percurso no ME.

Estas competências desenvolvidas no estágio final concretizam-se na promoção do respeito pelos direitos humanos ao nível das intervenções terapêuticas nos contextos familiares, na gestão do público e do privado, no sentido de salvaguarda do utente e do que é partilhado com a equipa alargada sem lesão da privacidade quer do utente quer da família e do contexto familiar a que temos acesso na visitação familiar. Nos momentos em que a equipa intervêm junto do utente e familiares frequentemente temos acesso a vários momentos, duvidas e situações que, por sermos de fácil acesso, as visitas regulares convidam a partilharmos momentos da vida destas pessoas de quem cuidamos , partilhamos momentos das suas vidas privadas e respeitamos, aprendendo a gerir estes momentos, criando espaço e momentos individuais para as pessoas daquela família poderem expressar-se em privado, fazer catarse, expressar algum problema, dúvida ou sentimento.

As reflexões que advêm destas vivencias e as decisões que surgem no processo de seleção das intervenções a fazer em cada situação, estão a par do desenvolvimento de competências em termos de

avaliação diagnóstica. Com a análise da informação, todos os procedimentos são efetuados por forma a avaliar as necessidades do utente e sistema familiar, adotar condutas antecipatórias, garantindo a segurança, a privacidade e dignidade da pessoa, bem como a identificação de práticas, condutas de risco e implementar o uso de medidas de prevenção. Este projeto, não considera o planeamento de intervenções através da terminologia CIPE, apenas registos relativos a terapêutica e administração e notas gerais, existe pouca informação relacionada com os utentes e famílias e intervenções realizadas, diagnósticos ou intervenções, motivo que também suscitou a minha curiosidade e entendimento para elaborar o plano de intervenção. Pelo anteriormente referido, que indica uma conduta refletida e o fato de todo o nosso comportamento ter desenvolvido no sentido de ser direcionado no sentido de antecipar e garantir a privacidade, segurança e dignidade das pessoas e famílias que cuidamos, como uma excelente oportunidade pelo que podemos afirmar ter contribuído positivamente para o desenvolvimento desta competência

A dimensão B retrata-nos *o papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.*

Reporta-nos á mobilização de conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade. No nosso percurso profissional, este aspeto foi transversal, no sentido de procurarmos ir sempre de encontro aos projetos da equipa, serviço e instituição, procurando melhorar e desenvolver, bem como sugerir melhorias e assim contribuir com um papel dinamizador em projetos institucionais na área da qualidade, tais como as consultas de *Follow-up* telefónico após a alta do doente ou as intervenções terapêuticas, reuniões comunitárias, e atividades terapêuticas de relaxamento, atividades lúdicas, criativas, conceito de autoimagem, passeio ao exterior, desenho e pintura, música e dança., adaptação à realidade, sempre com atenção para promover um ambiente terapêutico e seguro em contexto do internamento de doentes agudos.

Nos locais onde trabalhei, procurei sempre que possível, ir de encontro á incorporação de conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados, quer na participação de projetos de equipa, participações pontuais em congressos, elaboração de posters e comunicações e formação em serviço, quer na orientação e supervisão de alunos, em contexto de estágio e na promoção de adoção de medidas para a segurança de dados e de registos O facto de escolha de local de estágio final, o projeto P. em si é um projeto de melhoria contínua nos cuidados. Surgiu como uma estratégia institucional na procura da redução do número de internamentos recorrentes de utentes com má

adesão terapêutica e com poucos ou nenhuns sistemas de suporte familiar e poucos recursos económicos. A elaboração de um artigo científico passível de ser publicado constituiu-se também como o desenvolvimento destas competências no sentido da melhoria da qualidade de cuidados na divulgação de experiências de sucesso, bem como a elaboração deste relatório inserida na promoção de conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados. Pelas práticas desenvolvidas podemos afirmar ter uma contribuição positiva no desenvolvimento desta competência em termos de melhoria contínua da qualidade de cuidados.

No projeto P. as intervenções realizadas envolvem o utente e a família no sentido de assegurar a consciência e respeito pela sua identidade cultural e a satisfação das necessidades culturais e espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo a adoção de medidas para a segurança de dados e de registos. Isto passa pelo respeito das épocas de reclusa, jejum ou festividades culturais e religiosas no planeamento de horários e datas para as intervenções.

Em termos de gestão de risco lidamos neste projeto com famílias e bairros com potencial de violência, pelo que estivemos sempre atentos ao ambiente e comportamentos da população e famílias durante estas intervenções, material utilizado é adequadamente manipulado depositado em contentor portátil próprio para prevenção de riscos ambientais. A nossa experiência previa em internamento de doentes agudos também foi dinamizadora ao nível da gestão de risco, em que colaboramos na organização do trabalho por forma a reduzir a probabilidade de riscos ou ocorrência de erro humano. Tivemos oportunidade de recorrer aos recursos existentes na instituição e mecanismos formais para a participação dos incidentes, nas plataformas informáticas para esse efeito, na avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa.

Com o domínio C ingressamos nas *competências na área da gestão dos cuidados em que consta que o enfermeiro gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.*

As intervenções que desenvolveram estas competências passam pelo planeamento e construção do projeto de estágio final, em termos de local e objetivos e cronograma. Planeamos através do diagnóstico da situação e recursos disponíveis, a utilização da legislação políticas e procedimentos de gestão de cuidados para a construção do plano e projeto de intervenção. Utilizamos os recursos disponíveis de forma eficiente para promover a prestação de cuidados de qualidade fomentando em simultâneo um

ambiente positivo para as boas práticas, adequando-o ao local e contexto organizacional. Isto é particularmente relevante ao longo do meu percurso profissional, nomeadamente na área da Saúde Mental, uma vez que exercemos funções em duas instituições em Lisboa e tivemos a oportunidade de trabalhar em contextos e dinâmicas diferentes, sempre com a capacidade de adaptar diferentes estilos de trabalho, motivação e liderança, na procura constante de condições para um ambiente positivo e favorável à prática.

Relativamente ao projeto de estágio final, no que concerne ao contexto específico de prestação de cuidados como EEESMP este foi direcionado para uma das lacunas que detetamos durante a prática, em contato com os utentes, familiares e cuidadores como necessidades da população alvo. A partir daí fizemos pesquisas em termos de evidencia científica sobre que intervenções eram realizadas pelos EE com os cuidadores de pessoas com doença mental grave.

Selecionámos os referenciais teóricos para fundamentar a intervenção no âmbito relacional de ajuda de Rogers e Chalifour tendo descoberto e interessando-nos pela relação de ajuda na perspetiva existencial-humanista. Também a teoria das Marés de Barker e Barker, modelo de recuperação da saúde mental e, ainda o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman. Estes referenciais suportaram o processo de tomada de decisão, não só nas intervenções a implementar, objetivos terapêuticos no contato com as famílias e cuidadores, mas também no planeamento da intervenção que executámos no decorrer do estágio final.

No desenvolvimento da proposta de intervenção, discutimos e clarificámos referenciais teóricos. Identificámo-nos com o pensamento de autores da perspetiva existencial humanista, autores que cedem importantes contributos para a nossa intervenção, suportados em evidencia para construção de uma resposta de enfermagem passível de ser executada pela equipa de saúde neste contexto de intervenção, sempre sob o olhar atendo da orientadora do estágio e professora.

No que diz respeito à delegação de tarefas, este aspeto faz parte das nossas práticas, em que fazemos a gestão dos recursos existentes, delegando tarefas e não as responsabilidades, desde que tenha profissionais com características e competências para o devido efeito. Quanto aos aspetos da liderança em contexto de garantia da qualidade da gestão de cuidados, no nosso percurso profissional tivemos oportunidade de trabalhar em contexto de equipas de 4 a 6 elementos compostos por enfermeiros e assistentes operacionais, em que existe necessidade de gerir os recursos existentes de

forma adequada numa unidade de internamento de grande dinâmica em termos de admissões, altas transferências de utentes em que também é essencial promover um ambiente de trabalho adequado e motivador.

Em contexto de estágio o fato de estar incluída numa equipa permitiu-nos uma vez mais o desenvolvimento da competência, alicerçada pelas unidades curriculares lecionadas no tronco comum do ME.

No nosso contexto profissional segundo Cherian e Karkada(2017) somos vistos como aquisições das organizações em que trabalhamos ,com um papel importante na liderança e formação de políticas enquanto na função do cuidar. Relembrando as aprendizagens do tronco comum do ME, no contexto da Unidade Curricular Gestão em Saúde e Governação Clínica, efetuamos uma revisão integrativa de literatura acerca do impacto de determinadas características de liderança em enfermagem que contribuiu grandemente para estudo e reflexão de determinados aspetos desta competência, de forma a identificar as características que já possuímos e outras a serem desenvolvidas. Cherian e Karkada (2017) defendem como existindo 5 competências de liderança em enfermagem: (1) competências cognitivas; (2) estabilidade; (3) consciencialização e competência (4) inteligência emocional;(5) motivação. Desta reflexão e do trabalho desenvolvido em estágio esta competência foi sendo mais desenvolvida e aperfeiçoada através da consciência mais aprofundada destes aspetos.

Com a competência D *promove-se o desenvolvimento do autoconhecimento e a assertividade.*

No decorrer do ME, em processos de reflexão, nas Unidades Curriculares de Relação de Ajuda e Desenvolvimento Pessoal otimizámos o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar. Tomámos maior consciência do impacto da influência pessoal na relação profissional, aprofundando o autoconhecimento quanto aos fenómenos transferenciais. Tivemos oportunidade de explorar e aprofundar conhecimento relativo a uma teórica de Enfermagem para apresentação da sua teoria em contexto de sala de aula. Pelo que estudei e apresentei Hildegard Peplau com a teoria das relações interpessoais, esta teórica defende a relação interpessoal em enfermagem como sendo um processo, pois envolve interações com um objetivo comum, enfermeiro e utente ao trabalharem juntos, crescem e desenvolvem-se no procedimento. Neste relatório tivemos oportunidade de explorar outros teóricos como sejam Carl Roger com a relação de ajuda para promover o crescimento, em que o enfermeiro

deve ser verdadeiro e congruente na relação que estabelece com o outro, Jaques Chalifour na intervenção terapêutica em que a pessoa é compreendida como um ser de relação, e são criadas condições para esta se reconectar consigo própria, numa perspectiva existencial humanista. O Modelo das Marés de Barker & Barker (2005) foi outro modelo considerado, com base no fato de que as pessoas são as suas histórias de vida, este modelo assenta na fluidez e mudanças constantes das experiências humanas. Recorremos também ao modelo dos sistemas de Betty Neuman onde cada pessoa, família ou comunidade podem ser observados como um sistema, considerando os stressores e a reação a estes.

Com a frequência das UC e EC foi patente a importância da relação com o outro na nossa profissão, pelo que é essencial o processo de autoconhecimento, de tomada de consciência de si enquanto pessoa e profissional, bem como ter consciência dos recursos, dos limites e diversos fatores que podem interferir na relação. Capacitarmo-nos de reconhecer e antecipar a existência de conflitos e uso de técnicas de gestão de conflitos em contextos profissionais e com as famílias e utentes.

No contexto de formação relacionado com a segunda competência deste domínio, temos tido oportunidade no decorrer da prática profissional e do ME como orientadora de alunos em estágio, elemento facilitador da integração de profissionais no serviço, na elaboração e apresentação de trabalhos, posters, comunicações, em contexto profissional e de ME. A necessidade no decorrer do Me de desenvolver conhecimentos em várias áreas de conhecimento e mais especificamente sobre o cuidador da pessoa com doença mental para o desenvolvimento de intervenções mais especializadas.

A participação no congresso ASPESM com a participação de um poster e comunicação livre (Anexo I) A produção de um artigo científico passível de ser publicado e da concretização do presente relatório. Por tudo o referenciado consideramos possuir e atuar com base nos conhecimentos adquiridos em ESMP e damos por concluída esta análise no que diz respeito às competências comuns do EESMP (ver anexo).

3.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

No decorrer do contexto profissional, ME e estágio clínico, procurámos oportunidades para fortalecer processos de aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, teóricos, científicos, na área da investigação e de determinadas competências por forma a melhorar a qualidade de prestação de cuidados na área de Especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica.

De acordo com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental, que constam no regulamento nº356/2015 da OE, segundo documento produzido pelo colégio da especialidade, refere que“(…) o enfermeiro especialista em saúde mental (ESM) compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais(…).

É assumido que apresentemos um conjunto de competências aplicadas e desenvolvidas sob a ótica das experiências ocorridas, que de seguida iremos aprofundar cada uma das competências do EEESMP de acordo com o Regulamento nº515/2018, publicado em Diário da República nº515/2018, 2ª série Nº151 de 7 de agosto de 2018, que detalha as mesmas.

A 1ª competência reflete *o processo de tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas*. Como explicado no descritivo desta competência, é uma capacidade essencial, uma vez que ao interferir na relação terapêutica irá comprometer a mesma e os resultados.

Olhando em retrospectiva estamos cientes da importância desta competência ao longo do tempo de exercício profissional em SMP. Esta é sem dúvida uma mais valia e também um desafio constante, no exercício profissional enquanto enfermeira perante a pessoa com doença mental. Criar uma maior consciência de si torna-se essencial para Bulman e Schultz (2013) que descrevem o ato de refletir, de cada profissional como sendo consciente de si, ou seja, desenvolver uma maior consciência de si torna-se fundamental no processo de cuidar do outro. Todo este percurso foi favorável para a construção da mesma e assim atingir um elevado grau de consciência do self na abordagem do outro nas relações e intervenções com os utentes, famílias e cuidadores no decorrer do estágio final.

Rogers (1985) afirma que quando em interação com o outro devemos proporcionar uma relação para a outra pessoa descobrir dentro de si a capacidade de utilizar esta relação para crescer. Refere ainda, que para otimizarmos a relação de ajuda esta deve ser construída com base em sentimentos como a confiança, congruência, empatia, transparência, autenticidade, atitude de profundo respeito e confiança, qualidades encontradas numa pessoa psicologicamente madura. Nas UC de Desenvolvimento Pessoal e Relação de Ajuda, um dos aspetos refletidos e abordados é o nível de expectativas que frequentemente trazemos para qualquer interação pessoal e profissional e até que ponto isto pode ser fonte de interferências e de frustração.

Concordamos quando Mendes defende que “a semelhança de outros autores” a compreensão empática diz respeito à sensibilidade que o facilitador deve ter para com os sentimentos e as reações pessoais que o outro experimenta a cada momento; ao compreendê-los de dentro, tal como o outro os vê, e quando consegue comunicar com êxito sobre essa mesma compreensão ao outro, então dá-se a mudança”(Mendes, 2006, p.74). Todo este percurso permitiu-nos desenvolver uma maior consciência do *self*, a forma como interfere na relação e no cuidar do outro, assim como esta pode se tornar terapêutica e permitir-nos o aplicar das nossas competências e capacidades assumindo-nos como instrumento terapêutico na pessoa alvo do cuidar.

A avaliação da nossa auto percepção, das nossas reações corporais e emocionais, deve ser considerada como forma de tomada de consciência no decorrer das interações, compreender estes processos (DR nº515/2018 (p.21428) por forma a não deixar que os mesmos interfiram negativamente na relação terapêutica com o outro.

No decorrer do estágio, foi feito um grande investimento no estabelecimento de relações com os utentes familiares e cuidadores, em parte por sermos desconhecidos que entram na casa destas famílias e por isso investirmos em criar laços e contacto com as pessoas, diminuir o constrangimento de ambas as partes e tornar a experiência emocionalmente aprazível, como tal fui desenvolvendo o processo de autoanálise e reflexão das situações com que fui deparando ao longo do EC, por forma a identificar as minhas reações e poder controlar as mesmas no sentido de não interferir na relação terapêutica com o outro para além do desenvolvimento das competências relacionais (Apêndice XI).

No percurso do autoconhecimento e consciência de si, enquanto pessoa e enfermeiro foi necessário ter de gerir emoções, fenómenos de transferência e contratransferência, resistências, transgressão de limites e impasses terapêuticos (OE, regulamento nº356/2015).

De referir que o fato de sermos elementos estranhos e apesar disso as famílias permitem-nos entrar nas suas casas, o fato de algumas famílias se mostrarem renitentes a receberem a equipa, quer por não conhecerem as pessoas, quer por sentirem desconfiança relacionada com os processos de doença, foi algo que também tivemos que lidar no dia a dia em estágio. Bem como sentir o acolhimento e afabilidade, a expectativa de nos verem chegar semana após semana e a boa disposição de alguém que vem ter com estas famílias também é gratificante.

A tomada de consciência destes processos bem como a reflexão sobre a forma como estas interações têm impacto em nós, foi extremamente produtiva, foi alvo de diversas ponderações e consciencializou-nos para a necessidade de uma maior necessidade de momentos de reflexão e de avaliação diagnóstica e de intervenção terapêutica não só na pessoa com doença mental, mas também junto da família ou cuidador dessa pessoa.

Faz sentido a menção que as 4 competências estão relacionadas entre si, sendo que a segunda competência que determina que o EEESMP *“assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”*, reveste-se de vital importância no contexto do nosso estágio por ser um projeto na comunidade. Neste contexto é essencial conhecer os contextos familiar/socio/culturais da pessoa alvo do cuidado, através dos contactos formais e não formais bem como, conhecer as limitações existentes, condicionantes de ordem diversa, capacidades e recursos existentes em cada contexto familiar. Muita desta informação surge nos momentos de relação, nos contactos com a equipa ou telefonicamente, tendo por base a confiança, congruência, respeito e transparência. Mobilizando um conjunto de competências, acedemos a um conjunto de informação que nos permite ter uma abordagem holística do indivíduo e família no seio da comunidade.

O desenvolvimento destas metodologias de trabalho, possibilita-nos a identificação do problema, bem como as capacidades e recursos existentes, para uma melhor compreensão da história mental da pessoa alvo do cuidado. Uma vez concluído este passo, surgem possibilidades para o desenvolvimento de projetos de promoção e proteção da saúde mental como é o caso do nosso projeto direcionado para o cuidador da pessoa com esquizofrenia em contexto de domicílio.

Relativamente à terceira competência, em que o *enfermeiro ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família grupos e comunidade a recuperar a sua saúde mental, mobilizando dinâmicas próprias de cada contexto*. Esta competência relaciona-se com o projeto que elaboramos em termos de intervenção do EEESMP com o cuidador da pessoa com esquizofrenia em contexto de domicílio.

Em contexto de EC, no contato, relação, observação das várias famílias e utentes em contexto de domicílio, Foi levantada uma questão, feita uma pesquisa em termos do que existia de publicações científicas relacionadas com intervenções terapêuticas envolvendo cuidadores informais, feita a revisão Scoping, e análise dos dados, fez se a seleção de famílias para estudo, finalizando com uma cuidadora, foram efetuadas entrevistas, colheita e análise de dados, análise de conteúdos e uma vez analisadas as necessidades detetadas no cuidador, partiu-se para uma proposta de intervenção e planeamento da atividade, para posterior apresentação à equipa e à instituição uma vez que é uma das premissas da Comissão Pedagógica e da Comissão de Ética que todos os trabalhos desenvolvidos em contexto de EC sejam divulgados na Instituição. Intervenção focada na promoção e recuperação da saúde mental com o cuidador da pessoa com doença mental.

Para Seabra (2010) a avaliação e intervenção nestas famílias realiza-se não com o objetivo de satisfazer necessidades, mas para ir de encontro a lacunas sensíveis ao cuidado da enfermagem e que com o nosso envolvimento podem possibilitar menos sofrimento e um adequado ajuste emocional.

Na quarta e última competência em que o *enfermeiro presta cuidados de âmbito socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa ao longo da vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário*, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde. Esta competência vai de encontro ao projeto desenvolvido em contexto de estágio bem como ao plano de intervenção a sugerir para a equipa do projeto P. Em contacto com as famílias desenvolvemos competências de comunicação e de relação com estas, compreender a realidade e contexto de cada uma das famílias.

Tivemos a oportunidade de aprofundar estas competências dispondo-nos, a partir de uma perspetiva indutiva, adquirir conhecimento em enfermagem por via de uma metodologia exploratória – estudo de caso – com recurso à história de vida da cuidadora da pessoa com doença mental grave. Este processo foi extremamente enriquecedor na medida em que nos possibilitou aprofundar várias competências, nomeadamente as competências.

3.3 Competências De Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Segundo o REPE, DL N^o161/96 de 4 de setembro, artigo 9^o alínea 5^o, (...) os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde no geral (...)"

Como mestranda a frequentar o 3^o curso de ME em AESES em EESMP, é esperado que adquira também as competências especificadas em Dec. Lei n^o65/2018 de acordo com o publicado no Diário da República n^o157/2018 1^a série n^o157 de 16 de agosto de 2018 que confere o grau de Mestre e regulamenta o Mestrado em questão com o propósito de aprimorar a qualidade das práticas no âmbito da Saúde Mental e o nível de aquisição de conhecimentos. Pelo que é esperado que o profissional com o grau de Mestre comprove:

- "a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) *Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;*
- c) *Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;*
- d) *Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;*
- e) *Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo."*

(DL 65/2018)

Neste capítulo é esperado que exponhamos após análise e reflexão um conjunto de competências aplicadas, desenvolvidas e comprovadas sob a ótica das experiências ocorridas neste percurso descritas em cada um dos subcapítulos.

Ao referirmos a 1ª competência de mestre devemos lembrar a importância que os conhecimentos adquiridos no âmbito das UC desempenharam em todo o percurso do ME.

No que diz respeito ao conhecimento empírico, os conteúdos lecionados nas UC abrangeram um leque variado de conteúdos pertinentes com componentes teóricas e teórico-práticas com o objetivo de capacitar os formandos para cuidar com qualidade em ESMP. Nesta sequência com a frequência do estágio final no Projeto P., tivemos a oportunidade de mobilizar os conhecimentos adquiridos até esse momento. No entanto, no decorrer do ME observou-se um evoluir no grau de complexidade em termos de conhecimentos e práticas envolvidas pelo que implicou também a necessidade de procura de mais conhecimento num investimento contínuo que prosseguiu durante o estágio. Fortin sublinha que “ de todos os métodos de aquisição de conhecimentos, a investigação científica é o mais rigoroso e o mais aceitável, uma vez que assenta num processo racional”(Fortin, 1999, p.17).

A oportunidade de estudar/pesquisar sobre o cuidador da pessoa com doença mental em contexto de domicílio e o que existia em termos de intervenções de enfermagem com o cuidador, possibilitou-nos o acesso a uma grande variedade de conhecimentos nesta área, o que potenciou o enriquecimento pessoal e profissional no sentido da melhoria da qualidade na prestação de cuidados para com os cuidadores. Pelo anteriormente referido podemos concluir que a aquisição e solidificação de conhecimentos, permitiu uma mais adequada compreensão destes tendo também possibilitado seu desenvolvimento e aplicações originais no contexto da investigação.

Nunes (2018) afirma que existe uma necessidade inadiável de investigar as formas como os enfermeiros prestam cuidados, produzem e transferem saber, bem como o envolvimento das pessoas, famílias e comunidades nos cuidados e na edificação de projetos terapêuticos.

Carper (1978) define 4 padrões fundamentais do conhecimento em Enfermagem:” o empírico, a ciência da Enfermagem; o estético, a arte da Enfermagem; a componente do conhecimento pessoal e a componente moral do conhecimento em enfermagem” (Carper,1978, p.14).

Esta competência, associada ao conhecimento empírico, foi desenvolvida no decorrer do ME e em particular no estágio final, através da utilização de estruturas conceptuais, na procura de fundamentação teórica e de metodologia de investigação. A pesquisa e mapeamento através de uma revisão *Scoping* teve por objetivo conhecer que intervenções existiam na EESMP com o cuidador da pessoa com esquizofrenia em contexto de domicílio. Esta pesquisa original foi elaborada seguindo critérios rigorosos e sistematizados através da metodologia do Joanna Briggs Intitute resultando num artigo de cariz científico que sintetiza toda a evidencia científica sobre o tema atrás referido e culminou com a proposta de intervenção com base nos resultados obtido da pesquisa. Pelo atrás descrito podemos afirmar o desenvolvimento destes conhecimentos.

Este processo de aprendizagem proporcionou o desenvolvimento de competências relacionadas com o conhecimento estético, onde tivemos oportunidade de explorar técnicas de comunicação, empatia e relação de ajuda nas interações. Ferramentas utilizadas ao longo do nosso percurso profissional na área da saúde mental, mas agora numa situação nova, não familiar, em contextos mais alargados em ambientes que não controlamos exigindo adaptação e capacitação para resolução de problemas, aspetos estes referenciados nas segunda e terceira e quinta competência de Mestre.

No domínio do conhecimento pessoal, quanto mais o enfermeiro se aperfeiçoa em alcançar e empatizar com o outro e as suas vivências, alcançará mais conhecimento, compreensão e entendimento da realidade, Carper (1978). De referir que com cerca de 15 anos de exercício profissional na área da SMP, sentimos que o ME contribuiu em muito no desenvolvimento e norteamento de conhecimentos na área do conhecimento empírico, mas também no processo de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, no sentido de conhecimento e melhoria do self para melhor cuidar do outro. Por outro lado, as UC proporcionaram a consolidação e estruturação de conhecimentos desenvolvidos na prática e que foram sendo gradualmente ancorados em conhecimento empírico.

No domínio do conhecimento ético, Carper (1978) reporta a este domínio a dificuldade das escolhas morais, bem como das suas constituintes éticas, considerando que o conhecimento da moral não se limita no saber das normas ou código ético da disciplina, inclui também todas as decisões que são deliberadas e sujeitas ao julgamento do certo e do errado.

Na prática do cuidar associamos é certo o estado de vulnerabilidade do outro, o reconhecer este aspeto reveste-se de particular importância assim como o investir em conhecimentos que estruturam a

responsabilidade ética envolvida nestes procedimentos .Apartir do momento iniciamos o nosso exercício profissional , assumimos o CDE inserido no estatuto da OE, republicado como anexo pela lei nº156/2015 de 16 de setembro, nomeadamente: o artigo 99º dos princípios gerais; o artigo 102º dos valores humanos; o artigo 103º do direito á vida e qualidade de vida e o 104º o direito ao cuidado Para além destes fatos importa ter presente a lei de Saúde Mental, Lei nº36/98 que descreve os direitos e deveres do utente e os regulamentos do internamento compulsivo. Em contexto de estágio tivemos oportunidade de explorar, desenvolver e refletir sobre estes aspetos ao obtermos contato com utentes privados da sua liberdade em termos de aceitação e as implicações no seu tratamento na intervenção da equipa.

Analisando a última competência de mestre, leva-nos a refletir acerca do percurso efetuado no decorrer do ME até ao momento presente, associado ao percurso profissional anteriormente ocorrido e experiência pessoal. Apesar da experiência desenvolvida na área da SMP, foi o percurso do ME que ancorou e estruturou os conhecimentos até então adquiridos e iniciou a procura de mais conhecimentos, de forma a conhecer, aprofundar, aplicar e partilhar os conhecimentos adquiridos, com recurso a processos de tomada de decisão e reflexão com base nos princípios ético-deontológicos, com o objetivo de desenvolver uma prática mais fundamentada e consciente.

No decorrer do ME, testemunhámos um processo de crescimento profissional e pessoal, através de processos de aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, teóricos, científicos, de investigação, bem como a capacidade de integrar e aplicar esses mesmos conhecimentos, competências e habilidades, na resolução de problemas em diferentes contextos de forma responsável e sempre com base do respeito ao próximo, perspetivando a excelência do cuidar.

Benner(2001) nomeia na prática clínica de Enfermagem,5 níveis de competência, pelo modelo de aquisição de competências de Dreyfus, em que: (1) Iniciado é aquele que não tem experiência prévia das situações que lida e enfrenta, age de acordo com a teoria aprendida; (2) Iniciado avançado é quem já teve contato com algumas situações, ainda tem dificuldades ,mas já reconhece padrões, ainda necessita de apoio de enfermeiros com mais experiência; (3) Competente é aquele já com conhecimentos , 2/3 anos dão-lhe a capacidade de avançar em situações imprevisíveis; (4) Proficiente é aquele que já percebe e tem uma compreensão mais abrangente, a experiência deu boas capacidades dedutivas, com tomada de decisão com base em máximas; (5) Perito é aquele com elevado nível de experiência e

compreensão e intuição, identifica o problema e os pares consideram como conseguindo lidar com situações de grande complexidade.

Tendo por base este modelo e considerando a minha experiência prévia ,embora não neste contexto, mas na área da Saúde Mental, considero-me ao nível de Competente.

Dando por concluída esta análise e reflexão das competências passíveis de nos conferir o grau de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, podemos concluir que as mesmas foram alcançadas nos seus diversos componentes conforme descrito anteriormente, por forma a atingir um exercício de excelência e dignificante para a nossa profissão.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A finalidade deste percurso de aprendizagem foi apresentar a intervenção do EESMP com o cuidador da pessoa com esquizofrenia no domicílio.

A Evidência encontrada permitiu identificarmos uma problemática para o EESMP intervir em contexto de prática clínica no estágio, e reconhecer que ainda contribuímos parcamente enquanto profissão na intervenção de enfermagem junto das famílias para o desempenho do seu papel como cuidadores de pessoas com doença mental grave.

A nossa perceção é a de que estas famílias e cuidadores, ainda veem o enfermeiro como um mero técnico a executar um tratamento ou procedimento, não atribuindo importância devida ao seu papel. Porém, quando abordados, os cuidadores manifestam expectativas em relação aos cuidados prestados, nomeadamente escuta e informação relativa à doença e esperam que o enfermeiro tenha uma intervenção junto à pessoa com esquizofrenia no incentivo à adesão terapêutica e ao tratamento.

A pessoa com Esquizofrenia frequentemente depara-se com a situação de desemprego, isolamento social, depressão e suicídio, e na família recai a sobrecarga, o stress e o estigma associado.

Considerámos todos estes aspetos mencionados para compreendermos que o EESMP podia responder à problemática destes cuidadores de pessoa com esquizofrenia, no domicílio. Tomámos como referências o modelo de sistemas de Betty Neuman e o modelo das marés de Barker & Barker, complementado com o pensamento humanista da relação de ajuda de Carl Rogers e modelo de relação de ajuda profissional de Chalifour.

Esta perspetiva teórica de cariz humanista possibilitou-nos realizar um estudo de caso de uma cuidadora, entrevistá-la, e compreender a sua vivência a partir da análise de conteúdo da informação obtida. Este processo e fio condutor centrado na pessoa e no seu processo de consciencialização de Si estabeleceu a base da proposta de intervenção terapêutica que sistematizámos a partir do contributo dos autores do nosso referencial. Explorámos o foco de enfermagem da *Awareness* e, propusemos o mediador da história vida como recurso para realizarmos a intervenção terapêutica com o cuidador informal, na prática de cuidados, para outros cuidadores do projeto P.

Os resultados obtidos da análise dos dados da participante, foram ricos e representativos da vivência de um cuidador de pessoa com esquizofrenia. Salientamos as duas principais categorias num total de 58,1% relacionadas com as vivências negativas e as perdas que esta familiar vivenciou ao longo de 33 anos de cuidadora. As principais dificuldades expressas pela cuidadora foram todas as vivências negativas relacionadas com a gestão do comportamento e necessidades do irmão. Não identificou as suas necessidades uma vez que as mesmas estão completamente direcionadas para a satisfação das necessidades do irmão. Identificámos nesta vivência da cuidadora, que ela mantém ao longo destes anos cerca de 10 stressores de forma contínua, compreendendo-se claramente as causas na base da sua referência ao cansaço.

Assim, em resposta à questão orientadora “Qual a vivência do cuidador informal no cuidado à pessoa com esquizofrenia?” podemos inferir que a vivência desta cuidadora é uma quase não vivência. ou seja, apresenta pouca consciência de si v/s awareness diminuída.

Sentimos ser pertinente investir mais em estudos nesta área e desta forma documentar de forma mais detalhada e aprofundada os cuidados prestados, visando resultados que reduzam a vivência de stress dos cuidadores informais.

Ao longo deste relatório está também documentado todo o processo de desenvolvimento aquisição e reconhecimento das competências de EEESMP. As intervenções foram desenvolvidas ao longo do estágio numa equipa de intervenção em domicílio inserido num projeto de uma instituição hospitalar da área metropolitana de Lisboa. Foram realizadas intervenções do enfermeiro com foco nos cuidadores existentes neste projeto, atuando a diferentes níveis. A nível comunitário foram desenvolvidas competências de planeamento em saúde e de trabalho em rede, assim como outras competências realizadas decorrentes das aprendizagens ocorridas, e também das dificuldades surgidas, já explicitadas neste relatório.

Durante a experiência do estágio num hospital da área de Lisboa, demonstrei ter consciência de mim e revelei autenticidade no estabelecimento de uma relação terapêutica. Intervi na avaliação da saúde mental dos utentes, mas igualmente dos cuidadores, identificando as suas necessidades e intervindo na capacitação destes, para a sua resolução.

O relatório descreve também este impacto no percurso de aprendizagem em termos profissionais, quanto ao desenvolvimento pessoal e autoconhecimento. Desta forma concretizámos todos os objetivos propostos na introdução do Relatório: considerámos um referencial que nos proporcionou refletir sobre a prática e orientar a nossa intervenção com os cuidadores de pessoas com esquizofrenia, apresentámos a proposta de intervenção para poder ser desenvolvida com outros cuidadores no Projeto P. e explicitámos as aprendizagens realizadas assim como as competências adquiridas.

Como limitações, sentimos que a pouca produção de artigos científicos ou publicações sobre o tema e a necessidade emergente de compreender que tipos de intervenção os enfermeiros têm com os cuidadores das pessoas com esquizofrenia, originou esta opção de cariz investigativo e clínico da proposta de intervenção apresentada.

Finalizado todo este percurso, afirmamos que foi uma experiência positiva que contribuiu para o reconhecimento das capacidades, limites, dúvidas, inseguranças, dificuldades. Por outro lado, todas essas mesmas condições proporcionaram o desenvolvimento de competências específicas que resultaram numa prática mais refletida, estruturada e fortemente consolidada com base na evidência científica existente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Al-HadiHasan A, Callaghan P, Lymn JS. Qualitative process evaluation of a psycho-educational intervention targeted at people diagnosed with schizophrenia and their primary caregivers in Jordan. BMC Psychiatry [Internet]. 2017 Dec 13 [cited 2020 Jan 30];17(1):68. Available from: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1225-2>

Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde (2018). Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem. Comissões de Curso dos Mestrados em Enfermagem.

Barker, P., & Barker, P. B. (2005). *The Tidal Model - A guide for mental health professionals*. New York: Brunner-Routledge.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática divina de Enfermagem*. Edição original. Coimbra: Quarteto editora. ISBN:972-9535-97-X.

Caldas Almeida, J, Xavier, M. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental 1º Relatório. Acedido a 7 de janeiro 2019 em: http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude_Mental_2.pdf

Carper, B. (1978). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. *Practice Oriented Theory, I*, 13–23. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00012272-197810000-00004>

Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica – Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Vol. 1. Loures: Lusodidata.

Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica - Estratégias de Intervenção*. Vol. 2. Loures: Lusodidata.

Cherian, S, Karkada. S. (2017) A review on Leadership in Nursing. DOI: 10.15509/IJNRP.2017.4.1.347. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/318598484_A_Review_on_Leadership_in_Nursing

Dias, P. et al. (2020). Bem-estar, qualidade de vida e esperança em cuidadores familiares de pessoas com esquizofrenia **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental no.23 Porto jun. 2020**
<http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0269>. Disponível em:
http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602020000100004

Eurocarers (2020). About us. Disponível em: <https://eurocarers.org/about-carers/>

Fronza, L., Mallmann(2017). O Ciclo do Controlo e a busca da *Awareness* na psicoterapia de orientação Gestáltica. Disponível em : <https://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br › anaisevinci › article › view>

Fonseca, M.J.M. (2016). Journal of Education, Technologies, and Health,- Revistas.RCAAP.pt*Carl Rogers: Uma Conceção Holística do Homem - da Terapia Centrada no Cliente à Pedagogia Centrada no Aluno, disponível em: <HTTPS://REVISTAS.RCAAP.PT/MILLENIUM/ARTICLE/VIEW/8285>

Fortin, M. F. (1999). O Processo de Investigação da conceção à realização. (3ª ed.). Loures: Lusociência. ISBN:972-8383-10-x

Hasan AA, Callaghan P, Lymn JS. Evaluation of the impact of a psycho-educational intervention for people diagnosed with schizophrenia and their primary caregivers in Jordan: A randomized controlled trial. BMC Psychiatry. 2015 Apr 8;15(1).

Lopes, M. (2006), A Relação Enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Coimbra: Formasau.

Lopes, J.M.O. (2012) Ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso: a experiência vivida da pessoa com problemas de adição (Tese de Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa). Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/7296>

Mendes, J. (2006). A Relação de Ajuda: Um instrumento no processo de cuidados de Enfermagem. Revista de Formação Contínua em Enfermagem INFORMAR, 36, 71-77. Disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/3163/1/Artigo%20Rev.%20Informar%20%202006.pdf>

National Institute for Health and Care Excellence (2014). Psychosis and Schizophrenia in adults

– The Nice Guideline on Treatment and Management.

Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565>

Navidian A, Kermansaravi F, Rigi SN. The effectiveness of a group psycho-educational program on family caregiver burden of patients with mental disorders. BMC Res Notes. 2012;5.

Neuman, B. Fawcett J. (2011) The Neuman systems model. 5th ed editor. Upper Saddle River: Pearson; 445 p. ISBN-13:978-0-13-514277-6

Normas de Elaboração e apresentação de trabalhos Escritos da Escola Superior de Saúde -Instituto Politécnico de Portalegre

Nunes, L (2011). Ética de Enfermagem: Fundamentos e Horizontes. Loures: Lusociência

Nunes, L. (2018). Para uma epistemologia de enfermagem. Loures: Lusodidata. ISBN: 978-989-8075-86-4

Ordem dos Enfermeiros (2015a). Código Deontológico. Acedido a 11 de março 2019 em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015b). Deontologia Profissional de Enfermagem. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015c). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2017). Parecer nº 01/2017 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica sobre Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Realização de Exame do

Estado Mental. Acedido a 4 de março de 2019 em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMP_Parecer1_2017_CompEEESMPRealizacaoExameEstadoMental.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018a). Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

publicado em Diário da República nº151/2018, 2ª Série. Nº151 de 7 de agosto de 2018, 21427-21430

Ordem dos Enfermeiros (2018b). Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Acedido a 04 de junho de 2020, em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMP>

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

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusodidacta

PRISMA Transparent Reporting of Systematic Reviews and Meta-analyses (2015).

PRISMA Flow Diagram.

Acedido a 23 de abril de 2020 em:

<http://prismastatement.org/documents/PRISMA%202009%20flow%20diagram.doc>

Relatório de Gestão CHPL 2018, disponível em : http://portaisch.azurewebsites.net/chpl/wp-content/uploads/sites/39/2019/07/Relatorio-de-Gestao_reduz_-2018.pdf

Rodrigues, M.,P. Necessidades Educativas do Cuidador Informal da Pessoa Com Esquizofrenia. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1490>

Rogers, C. R. (1985). Tornar-se Pessoa. 7ª Edição. Lisboa. Moraes Editores.

Seabra P. (2010). Entrevista familiar: um instrumento de avaliação e intervenção em enfermagem de saúde mental. Nursing (Lond) [Internet]. 2010 [cited 2020 Jan 30]; 260:20–6. Available from: https://www.researchgate.net/publication/236961244_Entrevista_Familiar_um_instrumento_em_enfermagem_de_saude_mental

Sharif F, Shaygan M, Mani A. Effect of a psycho-educational intervention for family members on

caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2012 Dec 25 [cited 2020 Jan 30];12(1):48. Available from: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-12-48>

Villas-Bôas, M. (2015). O direito-dever de sigilo na proteção ao paciente. *Revista de bioética*. V23(3): 513-23. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n3/1983-8034-bioet23-3-0513.pdf>.

World Health Organization (2019). Schizophrenia. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Anexo I – **Linha de Vida da L.**

INFANCIA BOA - CONHECER MEU MARIDO - IDA PARA BRASIL
NASCIMENTO MEU FILHO - SITUAÇÃO ECONÔMICA
ESTÁVEL

MORTE CÃO PRIMEIRO DESGOSTO

VENDA DE COISAS DA CASA MEUS PAIS E MINHAS

MORTE E DOENÇA ONCOLÓGICA NOSSA MÃE

II DO NOSSO PAI

Anexo II – Declaração de Presença no X Congresso Internacional d’A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

Certificado

Para os devidos efeitos certifica-se que

Diana Carrão

esteve presente, num total de 12 horas, no **X Congresso Internacional d'A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental** subordinado ao tema “Desafios em Saúde Mental”, realizado a 30 e 31 de Outubro de 2019, no Instituto Politécnico de Portalegre, Portugal.

Porto, 31 de Outubro de 2019



Presidente do Congresso

P'la Comissão Científica

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Carlos Soares", is written over the printed name of the President of the Congress.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "José Carlos Soares", is written over the printed name of the Scientific Commission.

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

Apêndice I – Resumo do Artigo Científico: Intervenção Terapêutica com o cuidador da pessoa com esquizofrenia (Potencialidades para o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica)

RESUMO

Contexto: As intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) podem ter um impacto positivo na qualidade de vida de quem cuida da pessoa com perturbação mental.

Objetivo: Identificar as intervenções com o cuidador de pessoa adulta com esquizofrenia em contexto de domicílio, pelo EESMP.

Método - Revisão Scoping através do Joanna Briggs Institute. Realizada pesquisa nas bases de dados Pubmed, Scielo, B-on, Clinical key e RCAAP, entre novembro e dezembro de 2019: identificados 1413 artigos, dos quais 4 respondem á questão de investigação.

Resultados: A evidência reunida enfatiza programas de psicoeducação como a intervenção terapêutica mais eficaz. Identificados programas psicoeducativos com 5 a 10 sessões semanais. Que iniciam no estabelecimento da relação cuidador e técnico, passando pela compreensão da doença, aspetos práticos do dia a dia, gestão do stress e estratégias de *coping* no lidar com o familiar, seus sintomas e crises.

Conclusões: A psicoeducação mesmo sendo de curta duração, tem resultados positivos junto dos cuidadores. Programas estruturados que vão de encontro às necessidades sentidas pelos cuidadores, têm potencialidades na intervenção dos EESMP, produzindo cuidados personalizados e fundamentados junto dos cuidadores e familiares bem como à pessoa com perturbação mental.

Descritores: Família; Saúde Mental; Intervenção.

ABSTRACT

Context: The interventions by a Mental Health Specialist Nurse, can have a positive impact in the quality of life of the caregivers of mentally disturbed persons.

Objective: To identify interventions at home by the Mental Health Specialist Nurse with the caregivers of adult persons with schizophrenia.

Search strategy: Scoping review using the Joanna Briggs Institute. Research was carried out on databases PubMed, Scielo, B-on, Clinical Key and RCAAP, between November and December of 2019: it identified 1413 articles, from which 4 answer the investigation question.

Results: The evidence gathered shows that psycho-educational programs are the most effective therapeutic intervention. Psycho-educational programs having 5 to 10 sessions with a weekly schedule were identified. These start with establishing a trust

relation between carer and the instructor, moving then to the understanding the nature of the disorder, the practical issues of day-to-day life, stress management and coping strategies when taking care of the familiar, his symptoms and crisis.

Conclusion: Psychoeducation, even on a short term, produces positive results on the caregivers. Structured programs that address the needs felt by the carers, are potential interventions for the EESMP, providing personalized, effective care with the carers and families as well as with the person with mental disorder.

Keywords: Family; Mental Health; Intervention.

RESUMEN

Contexto: Las intervenciones del enfermeiro especialista en salud mental y psiquiatría (EESMP) pueden tener un impacto positivo en la calidad de vida de quien cuida a una persona com trastorno mental.

Objetivo: Identificar intervenciones com el cuidador de personas adultas com esquizofrenia en el contexto del hogar, por el EESMP.

Método: revisión del alcance (scoping) a través del Instituto Joanna Briggs. La investigación se llevó a cabo en las bases de datos de Pubmed, Scielo, B-on, Clinical key y RCAAP, entre noviembre y diciembre de 2019:se identificaron 1413 artículos, de los cuales 4 respondieron la pregunta de investigación.

Resultados: La evidência reunida enfatiza los programas de psicoeducación como la intervención terapêutica más efectiva. Programas psicoeducativos identificados com 5 a 10 sesiones semanales. Esto comienza en el establecimiento de la relación entre el cuidador y el técnico, passando por la comprensión de la enfermedad, los aspetos prácticos de la vida cotidiana, el manejo del estrés y las estrategias de afrontamiento (coping) en el trato com el miembro de la familia, sus sintomas y crisis.

Conclusiones: La psicoeducación, aunque es de corta duración, tiene resultados positivos com los cuidadores. Programas estructurados que satisfacen las necesidades sentidas por los cuidadores, tienen potencial para la intervención de EESMP, produciendo atención personalizada y bien fundada com cuidadores y miembros de la familia, así como com la persona com trastorno mental.

Palabras-clave: Familia, Salud Mental, Intervención.

Apêndice II – **Síntese dos Artigos Seleccionados para a Revisão *Scoping***

Artigo/Autores/Ano	Objetivo do estudo	População/ amostra	Desenho do estudo	Principais conclusões
Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burden and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran F. Sharif et al Shiraz, Iran, 2012 (10)	Explorar o grau de efetividade da psicoeducação na família em reduzir os sintomas dos pacientes e a sobrecarga na família.	70 pacientes e cuidadores, divididos entre grupo experimental-(35) e grupo de controle-(35); Amostra randomizada.	Estudo randomizado; controlado 1-c.	Os resultados sugerem que até uma intervenção de curto prazo baseada nas necessidades dos cuidadores é positivo para os pacientes e suas famílias. Contatos no domicílio são mais eficazes que follow-up telefônico. Existe relação entre os sintomas da doença e a sobrecarga familiar.
Estrutura e conteúdo das Intervenções	10 sessões bi-semanais de 90 minutos cada: Compreender as necessidades das famílias, apresentação das famílias e técnicos Discussão da importância de conhecer os sintomas e comportamentos			
The effectiveness of a group psycho-educational program on family caregiver burden of patients with mental disorders Navidian et al (2012) Zahedan, Iran (11)	Investigar a eficácia da psicoeducação familiar na redução da sobrecarga do cuidador e família.	100 cuidadores (50 de pessoas com esquizofrenia e 50 de pessoas com distúrbio de humor).	Estudo randomizado; controlado 1-c.	As intervenções psicoeducacionais reduzem a sobrecarga familiar, e por consequência, a qualidade de vida dos pacientes e seus cuidadores.
Estrutura e conteúdo das Intervenções	5 sessões de 120 minutos cada: Pré-sessão, orientar os cuidadores para o programa, criar uma relação entre o profissional e o familiar/cuidador 1-Conhecer o distúrbio, sintomas e tratamento, os seus efeitos no utente e família 2-Reconhecer os efeitos da medicação e sua continuidade no tratamento e reconhecer os efeitos de recaídas e descompensação 3-Gestão dos sintomas, ganho de estratégias e coping para os sintomas dos utentes e conhecer formas eficazes de expressar emoções e melhorar formas de comunicação 4-Orientações para a gestão do stress formas de relaxamento para o cuidador/família			
Evaluation of the impact of	Conhecer os efeitos destas	121 participantes	Estudo	A psicoeducação efetuada nestes módulos foi

psycho-educational intervention for people diagnosed with schizophrenia and their primary caregivers in Jordan: a randomized controlled trial Hasan et al Jordan, 2015 (12)	intervenções nos cuidadores, ao nível da sobrecarga e na descompensação das pessoas com este tipo de diagnóstico.	entre setembro 2012 julho de 2013 em 4 clínicas em Amã, Jordânia.	randomizado controlado Grau de recomendação: 1-C.	fácil de planear e obteve resultados eficazes e bastante aceitáveis, apresentando comprovação em termos estatísticos dos efeitos positivos após tratamento e no follow-up.
Estrutura e conteúdo das Intervenções	<p>6 sessões quinzenais e follow-up telefónico: Diagnóstico de Esquizofrenia Verdades e mitos, sintomas, causas Modelo de vulnerabilidade do stress, papel da família Ações e efeitos secundários dos medicamentos Primeiros sinais de descompensação, sintomas Sobrecarga Intervenções para resolução de problemas na esquizofrenia Orientações práticas para resolução de problemas Estratégias técnicas de gestão de problemas</p>			
Qualitative process evaluation of a psycho-educational intervention targeted at people diagnosed with schizophrenia and their primary caregivers in Jordan Al-Hadi Hasan et al Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia, 2017 (13)	Documentar processos que reforçam os efeitos observáveis da intervenção psicoeducacional. Facultar informação sobre o efeito terapêutico da intervenção em psicoeducação.	8 pessoas com esquizofrenia e 9 cuidadores primários Decorreu entre abril e agosto de 2013.	Processo qualitativo de avaliação com entrevistas semiestruturadas Estudo randomizado controlado Grau de recomendação: 1-C.	O estudo revelou que a compreensão individual entre as pessoas com esquizofrenia e os cuidadores é variável e causa diferenças na forma como os conhecimentos adquiridos são usados em situações do dia a dia. A informação obtida, realça a importância de melhorar a compreensão sobre a esquizofrenia entre os pacientes e seus cuidadores, para melhor beneficiarem dos tratamentos.
Estrutura e conteúdo das Intervenções	<p>6 sessões de 45 a 60 minutos cada: Diagnóstico de Esquizofrenia Verdades e mitos, sintomas, causas</p>			

	<p>Modelo de vulnerabilidade do stress, papel da família Ações e efeitos secundários dos medicamentos Primeiros sinais de descompensação, sintomas Sobrecarga Intervenções para resolução de problemas na esquizofrenia Orientações práticas para resolução de problemas Estratégias técnicas de gestão de problemas</p>
--	--

Quadro 2 – Apresentação dos resultados finais da pesquisa

Apêndice III – Estrutura de Intervenção no Projeto P.

. Planeamento das visitas e estrutura das intervenções no Projeto P.

O Planeamento da visita domiciliária no Projeto P., ocorre da seguinte forma:

- O agendamento é feito na visita anterior ou confirmado telefonicamente com o responsável, cuidador familiar ou com o próprio utente;
- ocorre confirmação da data da próxima visita domiciliária;
- realiza-se a validação dos objetivos da visita;
- planeia-se a organização de todo o material que será necessário levar;

A intervenção propriamente dita da equipa do Projeto P., no domicílio, apresenta-se na seguinte estrutura e sequência. Na fase inicial e intermédia da visita domiciliária, a equipa de profissionais procura:

- Proceder à apresentação e identificação dos profissionais de saúde presentes;
- Realizar a confirmação e validação pelo cliente, da autorização da entrada no domicílio pelos profissionais;
- Criar condições para o estabelecimento da relação de ajuda profissional, ambiente, tempo, confiança e disponibilidade para que a pessoa e seus familiares ou cuidadores possam expressar seus problemas anseios e dúvidas;
- Realizar a intervenção planeada, conforme acordado com a pessoa e família nomeadamente no que diz respeito aos tratamentos, ensinamentos, preparação e organização e/ou administração da medicação;
- Reforçar a continuidade e qualidade da relação com o utente e família;
- Atualizar os dados ou a informação sobre o utente e família;

Na Fase final da visita domiciliária, a equipa de profissionais procede de forma a:

- Concluir o contato;
- Reforçar ensinamentos relacionados com o procedimento efetuado;
- Avaliar a visita, e agendar o planeamento da visita seguinte;
- Agradecer e oferecer disponibilidade. Avaliar a evolução, o reforço pela receptividade e reforço positivo da importância na continuidade das visitas e procedimentos;
- Refletir sobre as competências, habilidades e atitudes mobilizadas no processo:
 - Autenticidade, respeito, compreensão empática, compaixão e esperança;
 - Capacidade de escuta, compreensão, linguagem adequada ao contexto sociocultural;
 - Intervenções em consonância com as emoções, as falas e expressões do utente e cuidadores;

Apêndice IV – Requisitos de Admissibilidade do Projeto de Investigação

REQUISITOS DE ADMISSIBILIDADE DE PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO

Requerentes: Diana de Souza Rebelo Carrão

Coordenador Científico: Professor Doutor Raúl Cordeiro

Título do Projeto:

Título em Português

A Intervenção Terapêutica do EESMP com o cuidador da pessoa com esquizofrenia no domicílio.

Título em Inglês

Therapeutic Intervention of the Specialist Nurse in Mental Health Nursing and Nursing Psychiatry with the caregiver of the schizophrenia patient in home care.

Autores:

Diana Carrão, Enfermeira a exercer funções na Clínica 2 do CHPL. Mestranda no 3º Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, a lecionar no IPPortalegre.

Orientadora:

Professora Paula Leal, Professora adjunta da ESS- IPS. Especialista em Enfermagem de SMP. MCs. Investigadora na UI&DE e CIIAS.

Introdução:

A Esquizofrenia é uma perturbação mental grave e crónica que afeta mais de 21 milhões de pessoas no mundo inteiro (OMS, 2018). Estima-se no espaço europeu que esta perturbação afete cerca de 1,5 milhão de pessoas (OECD/EU, 2018). Na última década, os problemas relacionados com a saúde mental passaram a ser a principal causa de incapacidade, morbilidade e morte prematura, com particular incidência nos países industrializados (DGS, 2017). Compreende-se que os custos globais da doença mental no mundo e na europa são enormes, pelo que se sugere maior investimento nas políticas de saúde na prevenção da doença mental e promoção do bem-estar e saúde mental (OECD/EU, 2018).

Na Europa, 80% dos cuidados são providenciados por cuidadores informais. Em Portugal, estima-se a existência de 827.000 cuidadores (EAR, 2018). O estatuto do cuidador informal foi oficializado em 2019 pela Lei nº100 de 06/09. O artigo 2º define o cuidador informal como alguém que se encontra a prestar apoio indispensável a membros do seu agregado familiar. No artigo 5º são discriminados os direitos do cuidador. Entre eles, o direito ao acompanhamento, à formação para o desenvolvimento das suas capacidades, aquisição de competências para uma melhor e mais adequada prestação de cuidados ao familiar e também o acompanhamento psicológico por parte dos serviços de saúde sempre que necessário.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) é um dos profissionais de saúde essencial e importante recurso na relação com a família da pessoa com perturbação mental, sendo um elemento fundamental de articulação entre a restante equipa multiprofissional, e estes familiares.

Este projeto vai de encontro ao referido no Plano Nacional de Saúde Mental, no que se refere a promover a implementação de intervenções para a promoção do bem-estar e da saúde mental do cuidador da pessoa com esquizofrenia, bem como, incentivar a participação do cuidador no processo de reabilitação e integração social da pessoa com esquizofrenia (DGS, 2017).

Questão e objetivos da investigação:

Questão de investigação: Quais as intervenções terapêuticas que podem ser desenvolvidas com os cuidadores informais da pessoa com esquizofrenia, no domicílio? Para responder a esta questão de investigação, definimos os seguintes **objetivos/resultados**: 1) Nomear as necessidades dos cuidadores informais da pessoa com esquizofrenia, no domicílio; 2) Identificar a dimensão terapêutica da intervenção do EESMP com os cuidadores informais da Pessoa com Esquizofrenia, no domicílio.

Material e métodos:

1ª Fase: Realização de Revisão *Scoping* (Método baseado em evidência: protocolo da *Joanna Briggs Institute*) para identificação das necessidades dos cuidadores informais da pessoa com esquizofrenia, no domicílio e, das intervenções de dimensão terapêutica dos EESMP.

2ª Fase: Realização de entrevistas aos cuidadores informais da pessoa com esquizofrenia, no domicílio. Estas entrevistas pretendem conhecer a experiência destes cuidadores com os seus familiares com esquizofrenia, visando nomear as suas necessidades.

Amostra:

Três cuidadores de pessoas com esquizofrenia em contexto domiciliário abrangidos pelo projeto PRETRARCA.

Considerações éticas / Consentimento informado:

Redigido documento para obtenção de consentimento informado para os cuidadores informais participantes (ver anexo I). Neste documento constam as informações referentes aos objetivos das entrevistas, garantindo-se os pressupostos dos princípios éticos da confidencialidade, anonimato, respeito e responsabilidade.

Pedido de consentimento Institucional através da submissão de documento com os Requisitos de admissibilidade de projectos de investigação, previsto no Regulamento da Comissão Científica e Pedagógica do CHPL.

Não existem riscos nem benefícios para os participantes neste estudo.

É assumido o compromisso de encaminhar os mesmos para uma instituição de saúde caso sejam identificadas necessidades clínicas.

Dados a recolher, instrumentos/escalas:

Elaborado guião de entrevista (ver anexo II).

Cronograma:

O planeamento da realização das entrevistas e tratamento dos dados está previsto decorrer no mês de dezembro, 2019. A previsão da apresentação dos resultados está

planeada para o mês de maio de 2020, por via da discussão pública do relatório de mestrado, para conclusão da etapa académica do curso. Prevê-se a apresentação dos dados no CHPL (ver Anexo III).

Plano de análise de dados:

Os dados das entrevistas, serão submetidos a análise de conteúdo, segundo Bardin, garantindo-se total confidencialidade e protecção dos participantes e da instituição.

Financiamento:

Da total e exclusiva responsabilidade do mestrando em estágio no Pretrarca.

ANEXO I – Consentimento Informado

Termo de Consentimento Informado (participantes)

Título do Projeto:

Identificação da Mestranda e Orientadora do Projeto: Diana Carrão, enfermeira no CHPL, a realizar Mestrado em Enfermagem. **Orientadora do Projeto** professora Paula Leal, docente adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Informação aos participantes sobre o estudo:

O projeto intitulado “A Intervenção Terapêutica do Enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) com o cuidador da pessoa com Esquizofrenia no domicílio” realizado no âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem tem como objetivo geral: Conhecer as intervenções terapêuticas do EESMP com os cuidadores da pessoa com esquizofrenia em contexto familiar.

Para a concretização destes objetivos prevê-se realizar entrevistas semi-estruturadas aos participantes definidos no projeto.

Aceitando participar, a autora respeitará as seguintes condições:

- A sua participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem qualquer prejuízo;
- Será garantido o anonimato da sua identidade, assim como a confidencialidade das informações transmitidas;
- A sua participação neste estudo não implica quaisquer riscos ou benefícios;
- Caso sejam identificadas necessidades clínicas, a autora assume o compromisso de proceder ao devido encaminhamento;
- As informações obtidas são utilizadas para fins estritamente académicos;
- As entrevistas pressupõem recurso a gravação através de meio áudio (MP3) pedindo-se consentimento prévio para o efeito. Estes registos serão destruídos no final do projeto;
- A qualquer momento poderá pedir à autora esclarecimentos adicionais sobre o estudo;
- Poderá contactar a autora a qualquer momento por telemóvel: 965833661 ou mail: diana.carrao@zonmail.pt.

Informados das condições anteriormente referidas e dos objetivos deste projeto, declaro que aceito participar no mesmo, sendo entrevistado, não tendo sido sujeito a quaisquer pressões para o efeito.

Eu, _____

Data: ___/___/___

Assinatura do participante: _____

Assinatura da Mestranda: _____
(Diana Carrão)

ANEXO III – Declaração da Mestranda

Declaração

Eu, Diana de Souza Rebelo Carrão, enfermeira a fazer estágio no Projeto Pretrarca, declaro que me comprometo a informar a Comissão Científica e Pedagógica da conclusão do Projeto, bem como efetuar a apresentação pública do trabalho no CHPL.

Lisboa, 04 de dezembro de 2019

Apêndice V – **Consentimento do C.I.**

ANEXO I – Consentimento Informado

Termo de Consentimento Informado (participantes)

Título do Projeto:

Identificação da Mestranda e Orientadora do Projeto: Diana Carrão, enfermeira no CHPL, a realizar Mestrado em Enfermagem. **Orientadora do Projeto** professora Paula Leal, docente adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Informação aos participantes sobre o estudo:

O projeto intitulado “A Intervenção Terapêutica do Enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) com o cuidador da pessoa com Esquizofrenia no domicílio” realizado no âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem tem como objetivo geral: Conhecer as intervenções terapêuticas do EESMP com os cuidadores da pessoa com esquizofrenia em contexto familiar.

Para a concretização destes objetivos prevê-se realizar entrevistas semi-estruturadas aos participantes definidos no projeto.

Aceitando participar, a autora respeitará as seguintes condições:

- A sua participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem qualquer prejuízo;
- Será garantido o anonimato da sua identidade, assim como a confidencialidade das informações transmitidas;
- A sua participação neste estudo não implica quaisquer riscos ou benefícios;
- Caso sejam identificadas necessidades clínicas, a autora assume o compromisso de proceder ao devido encaminhamento;
- As informações obtidas são utilizadas para fins estritamente académicos;
- As entrevistas pressupõem recurso a gravação através de meio áudio (MP3) pedindo-se consentimento prévio para o efeito. Estes registos serão destruídos no final do projeto;
- A qualquer momento poderá pedir à autora esclarecimentos adicionais sobre o estudo;
- Poderá contactar a autora a qualquer momento por telemóvel: 965833661 ou mail: diana.carrao@zonmail.pt.

Informados das condições anteriormente referidas e dos objetivos deste projeto, declaro que aceito participar no mesmo, sendo entrevistado, não tendo sido sujeito a quaisquer pressões para o efeito.

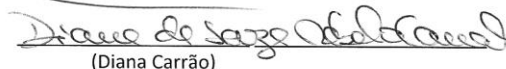
Eu, LUI SA DINIS DOMINGOS

Data: 10/01/2020

Assinatura do participante:



Assinatura da Mestranda:



(Diana Carrão)

Apêndice VI – **Autorização Institucional**



Despacho do Conselho Diretivo

O CD delibera concordar com os pareceres da CCP e da CES.

Fernanda Santos
Vice-Presidente Executiva
Conselho Diretivo
CHPL

Luís Catarino
Presidente do Conselho Diretivo
CHPL

Projeto/estudo: "A Intervenção terapêutica do EESMIF com o cuidador da pessoa com esquizofrenia no domicílio" no âmbito de Mestrado de Enfermagem - Ramo de Especialização de Saúde Mental e Psiquiátrica

22/11/2019

Coordenação Científica: Prof^a Paula Leal Prof^a Adjunta da ESS-IPS

Investigadores: Enf^a Diana de Sousa Rebelo Carrão (CHPL)

Teresa Mota
Diretora Clínica
Conselho Diretivo
CHPL

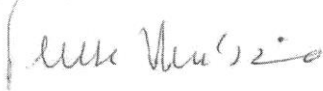
Nº do processo CCP 0106/2019

Nº do processo CES 001/2019

Teresa Sistiolo da Freita
Presidente Conselho Dir
CHPL

Parecer da CCP:	Parecer da CES:
<p>Analisado o projeto apresentado, bem como os elementos adicionais recebidos através da comunicação eletrónica datada de 6 de dezembro de 2019, na sequência do pedido de esclarecimentos efetuado pela CCP em cumprimento da deliberação tomada na reunião da Comissão de 26/11/2019, a Comissão verificou que a autora deu resposta às questões que lhe foram colocadas.</p> <p>Reunida a informação e os elementos necessários para a apreciação, a CCP considera que o projeto de investigação se encontra bem estruturado do ponto de vista científico, preenchendo os requisitos de admissibilidade necessários, previstos no Regulamento da Comissão Científica e Pedagógica aprovado pelo Conselho Diretivo em 27/02/2019 e divulgado pela Circular Normativa nº 20 de 12 de março de 2019. Assim, a CCP, em reunião do dia</p>	<p>Aprova do o projeto condicionado à apresentação dos riscos e benefícios para os participantes, a constar nas considerações éticas, e consentimento informado e identificação sobre o compromisso assumido a dar aos participantes no que se refere a figuras necessárias clínicas</p> <p>08/01/2020</p>

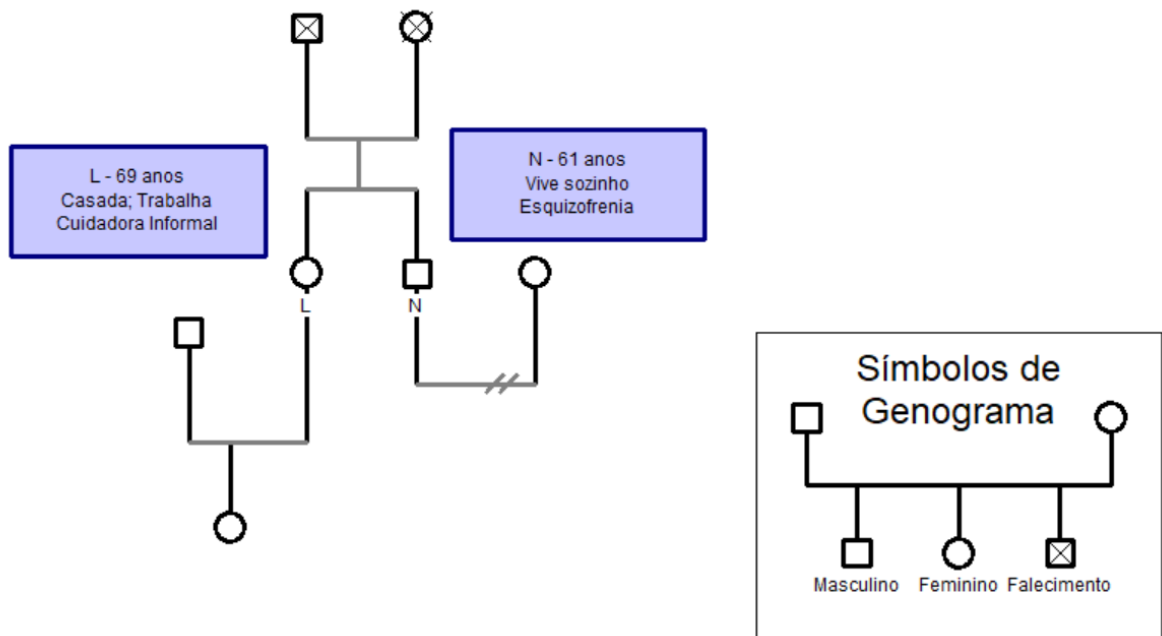


<p>10/12/2019, deliberou enviar o projeto de investigação à Comissão de Ética para parecer.</p> <p>CHPL, 10/12/2019</p>  <p>Teresa Veríssimo Presidente da CCP</p>	
---	--

Faint handwritten notes or stamps, possibly indicating a date or reference number.

Apêndice VII – **Genograma**

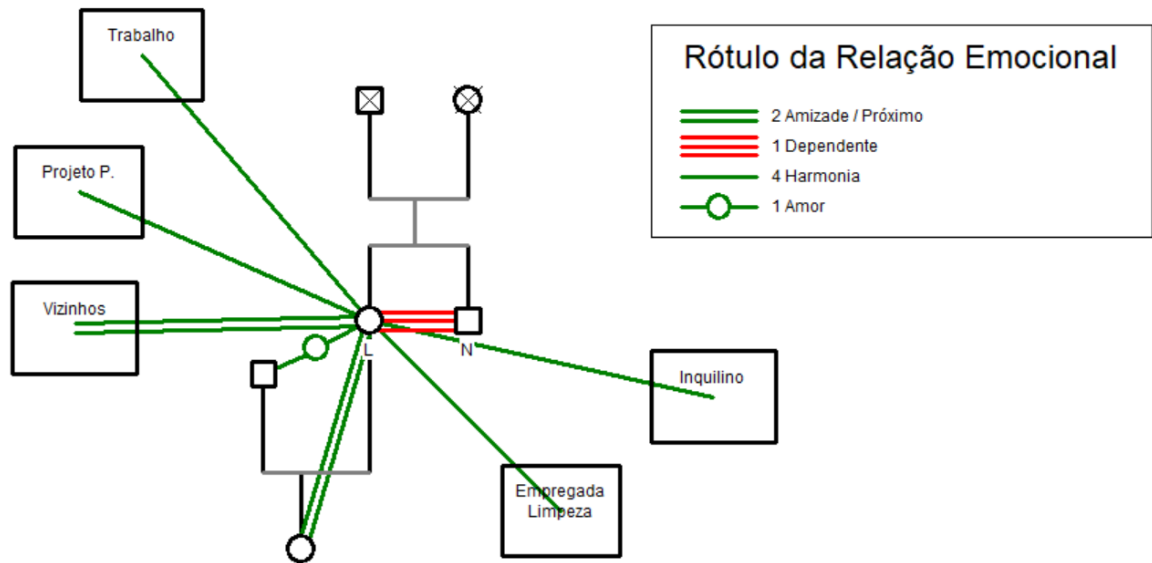
Genograma



** Genograma elaborado com o programa GenoPro 2020®

Apêndice VIII – **Ecomapa**

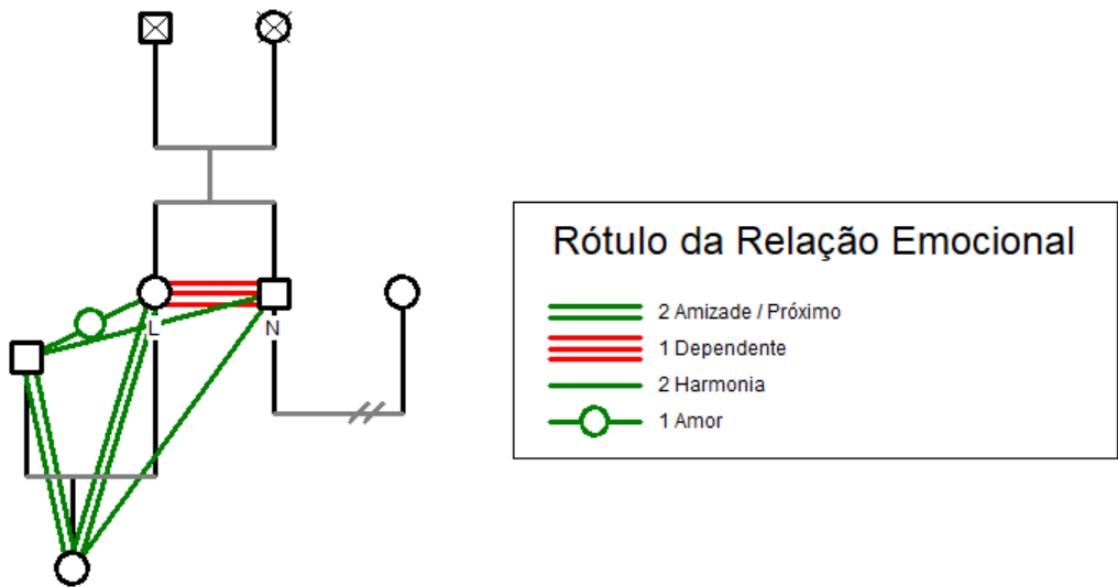
Ecomapa



** Ecomapa elaborado com o programa GenoPro 2020®

Apêndice IX – **Psicomapa**

Psicomapa



** Psicomapa elaborado com o programa GenoPro 2020®

Apêndice X – **Análise de Conteúdo**

Tabela 1 - Conceito que a cuidadora tem de Si

Categoria	Subcategoria	Total U.E.	% Parciais
Conceito que a cuidadora tem de Si	Referências da cuidadora no desempenho de papéis sociais [filha única (8 anos), irmã (61 anos), namorada (1 ano), esposa (45 anos), mãe (41 anos), emigrante (7 anos), cuidadora principal (33 anos)]	13	52.0%
	Referências da cuidadora sobre o estado civil, e situação laboral e económica [casada (5); ocupação a part-time/Relações públicas (2), situação económica estável (1)]	8	32.0%
	Referências da cuidadora sobre Si própria [infância muito boa; ter boa saúde; Feliz; na 3ª idade(69 anos)]	4	16.0%
		25	100.0%

Tabela 2 - A Cuidadora caracterizada por outros

Categoria	Subcategoria	Total U.E.	% Parciais
A cuidadora caracterizada por outros (autopercepções)	Autopercepção da cuidadora sobre a opinião dos vizinhos e outras pessoas conhecidas, sobre ela [ótima irmã/ótimos familiares (3), Admiração/resiliência (3) familiar de referência (1)]	7	58.3%
	Autopercepção da cuidadora sobre a opinião dos seus familiares sobre si (pais e cunhadas) [dever de irmã/cuidadora principal (2) e Persistência por "herança" difícil (1)]	3	25.0%
	Autopercepção da cuidadora sobre a opinião dos técnicos de saúde sobre si [cuidadora familiar responsável pelo utente (2)]	2	16.7%
		12	100.0%

Tabela 3 - Perdas vividas pela cuidadora

Categoria	Subcategoria	Total U.E.	% Parciais
Perdas vividas	Perdas referentes a bens/objetos com valor sentimental e pertença/cedências [esvaziamento recheio/casa (4), bens valor sentimental (5), peças da arca do enxoval do Si (5), videos e filmes do pai (2), roupa(vermelha)(2), cedências (3)]	21	36.2%
	Perdas referentes a familiares e animal de estimação [avó, mãe, pai, prima, irmão e cão (13)]	15	25.9%
	Perdas referentes a aspetos prazerosos [tempo, tranquilidade, atividades de lazer (9)]	9	15.5%
	Perdas referentes à família nuclear [fontes de afeto, casa/referência, papel filha única (7)]	7	12.1%
	Perdas referentes à liberdade individual [papel cuidadora e ocupação em demasia (6)]	6	10.3%
		58	100.0%

Tabela 4 - Vivências positivas da cuidadora

Categoria	Subcategoria	Total U.E.	% Parciais
	Vivências positivas decorrentes de aspetos gratificantes na relação com irmão/tranquiliza-a [pedir para não beber(2); estar bem(sem crises)(1); não ter sobrinhos do irmão(2); Agradecer-lhe(1); é um recurso dele para tudo(1); aceitação pela família do marido(2); procura estar informado(1)]	10	50.0%
Vivências positivas	Vivências positivas decorrentes dos comportamentos previsíveis do irmão [é conhecido e mantém-se no bairro de residência(3); autónomo e funcional no bairro(1); espaço seguro dele(2)]	6	30.0%
	Vivências positivas decorrentes de suporte/apoio institucional [reuniões/hospitalal (1); aceitação dos profissionais de enfermagem(2); aceitação tratamento injetável(1)]	4	20.0%
		20	100.0%

Tabela 5 - Vivências negativas da cuidadora

Categoria	Subcategoria	Total U.E.	% Parciais
Vivências negativas	vivências negativas decorrentes da relação com o irmão [suspeita consumos adolescência (1);casamento do irmão, relação c/cunhada, crenças cunhada (3); desemprego/perda aut.ª financeira/perda funcionalidade (6); 3 anos idas tribunais/acordo da reforma(3); crises familiares por crises irmão/residir c/ irmã (2); Consumo substâncias: cafés/tabaco(2)/álcool (6), aumenta consumo álcool após falecimento pai (2); Consequências abuso álcool: quedas(2), fraturas(4), internamentos(3); Recusas: medicação (3)/assumir responsabilidades(2); assume responsabilidades irmão/responde solicitações(4); cansaço/"peso"(2); obstaculizou relação com pais/redução carinho/afeto/amor (3)]	44	35.8%
	Vivências negativas decorrentes das características da personalidade/irmão [egoísta(6); mentiroso(3); crenças(3); teimoso/rebelde(2); humor instável(3); desvalorização autocuidados(6); desrespeitador(4); isola-se(4); agressivo(3); eufórico(3); recusa responsabilidades(3); discurso circunstancial(3)]	43	35.0%
	Vivências negativas decorrentes das situações de crise(s) do irmão [descontrolo/verborreia/dificuldade gestão frustração/efeito medicação(5); insónia(2); Delírios: místico(5)/envenenamento e persecutório/de grandeza/megalómano(12); internamentos psiq.ª(4);"dor no cérebro"/cor pele cinzenta(2)]	30	24.4%
	Vivências negativas decorrentes de ser suporte à distância de outros [Apoio à distância ao pai(2); apoio à distância tia materna(2); apoio à distância do irmão(2)]	6	4.9%
		123	100.0%

Tabela 6 - Sentimentos e emoções expressos pela cuidadora

Categoria	Subcategoria	Total U.E.	% Parciais
	Sentimentos e Emoções desagradáveis [zanga/raiva (3); tristeza (5); medo (3); ansiedade/nervosismo(3)]	14	60.9%
Sentimentos e emoções	Sentimentos e Emoções gratificantes [felicidade/alegria/prazer(7)]	8	34.8%
	Outros Sentimentos e Emoções [desilusão/traumatizante(1)]	1	4.3%
		23	100.0%

Tabela 7 - Estratégias de coping da cuidadora

Categoria	Subcategoria	Total U.E.	% Parciais
As estratégias de coping adaptativas	Processo de Aceitação [de ser cuidadora/viver dia-a-dia(4); assumir responsabilidades: contato telefónico diário(3), contato presencial 2x/semana: alimentação, higiene, vestir, trat ^o . roupa(6); permite-se ausentar 1 semana/férias(2); sobrinho futuro cuidador(3)]	18	36.0%
	Apoio social/institucional [empregada limpeza 1xsemana(2); hóspede(1); apoio hospitalar/equipa saúde(5); apoio rede informal(2)]	10	20.0%
	Resolução Problemas [pedido baixas/acordo tribunal(2); tratamentos/idas consultas(2); almoçar fora(1); sono tranquilo/se irmão bem (1)]	6	12.0%
	Apoio da família [marido/família marido(3); encontros familiares(3)]	6	12.0%
As estratégias de coping não adaptativas	Utilização de Mecanismos de Defesa do Ego não adaptativos [negação, evitamento, deslocamento(8)]	8	16.0%
	Resposta às preocupações [enxaquecas(1), sono intranquilo/se irmão c/ problemas(1)]	2	4.0%
		50	100.0%

Tabela Global da Dados - Vivências da Cuidadora

Categorias	Total U.E.	% Parciais
Vivências Negativas da cuidadora	123	39.5%
Perdas vividas pela cuidadora	58	18.6%
As Estratégias de coping adaptativas e não adaptativas da cuidadora	50	16.1%
O conceito que a cuidadora tem de si	25	8.0%
Sentimentos e emoções vividos pela cuidadora	23	7.4%
Vivências positivas da cuidadora	20	6.4%
A cuidadora caracterizada por outros (autopercepções)	12	3.9%
Total:	311	100.0%

Apêndice XI – **Reflexão de E.C.**

Reflexão relacionada com entrevista á cuidadora

Este processo de aprendizagem no decorrer do ME ajudou me no sentido da descoberta de quem sou eu como pessoa e como profissional, para uma tomada de consciência mais aprofundada dos meus sentimentos, emoções, dificuldades e constrangimentos. Consciencializou-me da forma como lido com algumas situações no meu dia a dia, e dei uma série de passos no sentido de compreender melhor as minhas atitudes e reações nomeadamente os processos de contratransferência e a necessidade de fazer momentos de autoanálise para identificar e melhor controlar os sentimentos que podem se tornar um obstáculo ao processo terapêutico do cliente. Ocorreram um ou outro momento que surgiu o fenómeno de contratransferência, pois a L tem alguns aspetos com que eu fui me identificando, mas ao ter consciência do fato, apenas tive o cuidado de controlar o fenómeno e retornar a uma postura profissional e terapêutica mais adequada para o cliente. Ao estar atenta a determinadas reações ao que o cliente refere, nomeadamente nos processos de transferência, de forma a lidar com as mesmas e assim ter mais disponibilidade para compreender o outro, as atitudes, comportamentos dificuldades que tem e verbaliza e os pedidos de ajuda que faz.

Na primeira entrevista com a L. ocorriam uma série de sentimentos.

Em termos fisiológicos respirava superficialmente, estava tensa e tinha feito o turno da noite, a reunião marcada para o meio da manhã, e tinha receio que por algum motivo fosse desmarcada.

As enfermeiras foram aos domicílios e eu fiquei a preparar o espaço, estava frio e aqueci a sala, dispus as cadeiras junto á janela, pois pareceu-me uma disposição agradável e tranquila e alertei para que não utilizassem a sala uma vez que iria estar com uma pessoa. Procurei forma de descontraír e mentalmente organizar-me do que precisava falar em termos de informação que deveria transmitir e pedidos em termos de consentimentos, número de entrevistas e disponibilidade.

Quando a L. compareceu, apresentei-me, só a tinha visto de uma forma muito fugaz, quando fui com as enfermeiras fazer o tratamento ao irmão. Reconheci na cuidadora uma pessoa tensa e com pouco á vontade, tendo consciência disso nela, procurei estar a mais descontraída e relaxada, uma postura corporal de abertura, atitude de escuta, no entanto manteve-se sempre com os membros superiores junto ao corpo, mãos e pés juntos, mala no colo, fâcies tenso, com questões abertas, fui fazendo com que falasse. Teve muita dificuldade de falar de si, tomei consciência que ao longo da

sua vida como cuidadora a L. foi-se anulando como pessoa, vivendo em função das necessidades do irmão, como forma de estar menos ansiosa em relação ao bem-estar dele e á doença dele.

Reportando essencialmente ao irmão, aos sustos e problemas que ele teve. Foi através do fio condutor da história de vida, com utilização de alguns mediadores e processos para a L. pensar no seu passado na sua história de vida e tomar consciência ao longo dos 3 momentos em que estivemos reunidas, que tem pouco tempo para si e que perspetivar como vai ser o futuro é motivo de angústia. No entanto gradualmente foi se apresentando mais descontraída, falando mais de si e dos seus pensamentos, desenvolvendo consciência que está sempre ocupada para não pensar em si e no futuro. Foi um processo muito gratificante para mim, consciente que poderia trabalhar muito mais se o tempo se proporcionasse, mas também consciente que foi um tema que gostei de trabalhar, mas ciente de que ainda necessito de muita pratica para desenvolver este nível de competências da relação de ajuda terapêutica.