



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com a Pessoa em Processo de Luto

Joana Isabel Sénico Alves

Orientação: Professor Jorge Almeida

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de Especialização: Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com a Pessoa em Processo de Luto

Joana Isabel Sénico Alves

Orientação: Professor Jorge Almeida

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com a Pessoa em Processo de Luto

Joana Isabel Sénico Alves

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

Júri:

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

Arguente: Lino Alexandre Andrade Martins dos Ramos (Especialista em Enfermagem, Decreto-Lei nº 06 de 2009, de 31 agosto);
Professor Adjunto, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Orientador: Jorge Salvador Pinto de Almeida (Doutorado em Ciências da Vida – Saúde Mental);
Professor Adjunto, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Data:

28 Julho, 2020

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, a todos os que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a realização do mesmo, mas principalmente dedico à Francisca e à Eva, que um dia me perdoem pelas horas de “mãe” que este percurso lhes roubou.

AGRADECIMENTOS

Em especial: ao professor Jorge Almeida pela sua orientação proficiente, pelo apoio e incentivo ao longo de todo o percurso.

Aos professores, colegas de curso e outros intervenientes que de alguma forma contribuíram para o meu crescimento e desenvolvimento, ou me ajudaram a percorrer este caminho.

Aos meus colegas de trabalho pela disponibilidade e apoio durante este percurso, em especial à Enf^a Elisa Gariso, pela amizade, compreensão, ensinamentos e amparo nos dias de tempestade da viagem, por me ajudar sempre a encontrar o caminho e por ser sempre o meu exemplo de excelência no cuidar.

Ao Enf^o Cesaltino Fonte pela sapiência, tranquilidade e apoio demonstrado em cada momento.

À Enf^a Cláudia Mourão, pela sapiência, compreensão, apoio, amparo e força transmitida.

A ambos, por terem feito crescer em mim a vontade de cuidar da pessoa com problemas de saúde mental.

À minha família pelo apoio e incentivo ao longo de todo o percurso.

Aos meus pais, por serem sempre o meu porto de abrigo, por serem o espelho pelo qual me reajo ao longo da vida.

Ao meu marido por ser o grande impulsionador desta aventura e suporte em cada dificuldade.

Às minhas mães mais que tudo... por cada momento que vivemos, por cada sorriso.

RESUMO:

Segundo a DGS (2019) cerca de 43% das pessoas que preenchem os critérios de Perturbação de Luto Prolongado têm acesso a apoio especializado no luto, demonstrando subutilização dos cuidados de saúde. O presente relatório de Estágio objetiva refletir sobre a importância das intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) com a pessoa em processo de luto e descrever reflexivamente a aquisição de competências. Baseia-se na Metodologia de Projeto e recorreu-se à Revisão Sistemática da Literatura para reunir evidência científica e elaborar uma proposta de cuidado acerca do fenómeno. O EEESMP tem a responsabilidade de ajudar a pessoa no seu ciclo de vida a criar estratégias adaptativas que lhe permitam otimizar e/ou recuperar a sua saúde mental. A aquisição de competências está presente em todas as atividades desenvolvidas ao abrigo do desenvolvimento de um projeto de intervenção de uma consulta de enfermagem de saúde mental no apoio ao Luto, na medida em que permite prestar cuidados à pessoa, família, grupos e comunidade, ao longo do ciclo de vida, mobilizando as dinâmicas próprias em cada contexto, permitindo desenvolver uma intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e reabilitação psicossocial.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Consulta de Enfermagem; Luto.

ABSTRACT:

According to DGS (2019), about 43% of people who meet the criteria for Prolonged Grief Disorder have access to specialized support in grieving, demonstrating underutilization of health care. This Internship report aims to reflect on the importance of interventions by the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing (SNMHPN) with the person in the grieving process and reflexively describes the acquisition of skills. It is based on the Project Methodology and the Systematic Literature Review was used to gather scientific evidence and elaborate a care proposal about the phenomenon. The SNMHPN has the responsibility to help the person in his life cycle to create adaptive strategies that allow him to optimize and / or recover his mental health. The acquisition of SNMHPN skills is present in all activities developed under the development of an intervention project for a mental health nursing consultation in support of Grief, as it allows care to be given to the person, family, groups and community, throughout the life cycle, mobilizing its own dynamics in each context, allowing the development of an effective therapeutic intervention in the promotion and protection of mental health, in the prevention of mental illness, in psychosocial treatment and rehabilitation.

Key words: Mental Health and Psychiatric Nursing; Nursing Consultation; Grief.

ÍNDICE APÊNDICES:

APÊNDICE XCV- RESUMO DO ARTIGO CIENTÍFICO: INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL COM A PESSOA EM PROCESSO DE LUTO..... 96

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1- Intervenções de enfermagem e seus objetivos.....	54
TABELA 2 - Atividades a desenvolver em cada intervenção.....	55

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA – American Psychiatric Association

ARS – Administração Regional de Saúde

AVD'S – Atividades de Vida Diárias

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

DGS – Direção Geral de Saúde

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ICD – Classificação Internacional de Doenças

IPP - Instituto Politécnico de Portalegre

LP – Luto Prolongado

ME - Mestrado em Enfermagem

OE – Ordem dos Enfermeiros

PLP – Perturbação de Luto Prolongado

PGD - Prolonged Grief Disorder

RA- Relação de Ajuda

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UC- Unidade Curricular

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

SEL - Competências Sócio Emocionais.

LISTA DE ABREVIATURAS

- cit. – citado.
- et al – (et alli): significa "e outros".
- Dec. Lei – Decreto de Lei.
- nº - Número.

Índice

INTRODUÇÃO	12
PARTE I	16
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	16
1.1 LUTO E A PESSOA EM PROCESSO DE LUTO	16
1.1.1 <i>Modalidades de Luto:</i>	18
1.1.2 <i>Mediadores do Processo de Luto:</i>	24
1.2 PROCESSO DE LUTO SEGUNDO KUBLER-ROSS	27
1.3 CORPO CONCEPTUAL	29
1.3.1 <i>Processo de Luto e Teoria de Transições de Afaf Meleis:</i>	30
1.3.2 <i>Processo de Luto e as Relações Interpessoais – Hildegard Peplau:</i>	34
1.4 INTERVENÇÕES DO EESMP COM A PESSOA EM PROCESSO DE LUTO:	39
2. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO:	43
3. FASE METODOLÓGICA: APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	
DESENVOLVIDO	46
3.1 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO:	47
3.2 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS:	49
3.3 POPULAÇÃO ALVO:	50
3.4 PLANEAMENTO	50
3.5 EXECUÇÃO:	51
3.6 AVALIAÇÃO	58
PARTE II	61
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE ADQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	61
4.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	64
4.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	72
4.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Mestrado em Enfermagem (ME) surge no âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem em Associação entre Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde, nomeadamente entre a Universidade de Évora em associação com o Instituto Politécnico de Beja, o Instituto Politécnico de Castelo Branco, o Instituto Politécnico de Portalegre (IPP) e o Instituto Politécnico de Setúbal. O referido curso decorreu no Instituto Politécnico de Portalegre (IPP) com a duração de 4 semestres, com início em setembro de 2019 e final previsto em julho de 2020.

No âmbito da Unidade Curricular (UC) de “Relatório” inserida no 2º Ano/2º Semestre do referido mestrado, foi-nos proposta a elaboração do presente documento, que visa espelhar o processo de aprendizagem e desenvolvimento no que se refere à aquisição de competências, nomeadamente, competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), definidas em Regulamento Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica nº 515/2018, e competências de Mestre em Enfermagem.

O Relatório consiste num trabalho de descrição e reflexão crítica pormenorizada e detalhada das atividades desenvolvidas no âmbito de Estágio. Os processos de aprendizagem que conduziram à aquisição de competências, ocorreram no Estágio I e no Estágio Final, desenvolvidos respetivamente durante 6 semanas de estágio num serviço de Urgência Psiquiátrica da região de Lisboa e Vale do Tejo e 18 semanas numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da mesma região, ambos sob orientação do docente Jorge Almeida, EESMP Cesaltino Fonte e EESMP Cláudia Mourão.

São poucos os trabalhos académicos de enfermagem especializada no âmbito da saúde mental realizados fora do departamento de psiquiatria. Nesse sentido, foi considerado desafiante desenvolver uma temática ainda pouco explorada que, neste caso, relaciona a enfermagem de saúde mental e o Processo de Luto podendo ser desenvolvida em várias áreas (Cuidados de Saúde Primários, Hospitalar,

Reabilitação, Serviços de Oncologia, Hospitais de Dia...) reforçando a transversalidade da atuação do EEESMP. Se qualquer situação de crise que comprometa a saúde mental da pessoa deve ser alvo de intervenção, a pessoa a vivenciar um processo de luto não deve ser esquecida e deverá ser também alvo de intervenção do EEESMP. A perda, seja real ou simbólica, pode ser considerado um momento de crise, obrigando a transições complexas e dinâmicas na pessoa, essas transições inesperadas, precipitam mudanças, que facilmente podem influenciar negativamente a saúde e o bem-estar da pessoa (Meleis, 2010). Durante este estágio, foi evidente, em mais do que uma observação, o elevado grau de ansiedade / angústia, manifestado por algumas pessoas que foram referenciadas pela primeira vez à Consulta de Enfermagem de Saúde Mental implementada no meu local de estágio, ou que por conhecerem a mesma, recorriam a solicitar ajuda pelos próprios meios, resultante da incapacidade de se adaptarem à nova realidade, não encontrando estratégias para gerir a nova condição/perda.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) português têm vindo a desenvolver esforços no sentido de dar resposta às novas exigências, adaptando-se para responder com qualidade às necessidades da pessoa, que se encontra cada vez mais informada, preocupada e exigente com o cumprimento dos seus direitos. Neste sentido, com o intuito de promover o bem-estar, qualidade de vida e a promoção de saúde mental da pessoa em processo de luto, a Direção Geral de Saúde (DGS) criou a Norma 003/2019 - Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos, que tem como principal objetivo fornecer critérios de diagnóstico, para sinalizar, monitorizar e referenciar as pessoas com risco de desenvolver Perturbação de Luto Prolongado (PLP); e ainda, servir de modelo de intervenção com a pessoa em processo de luto (Direção Geral da Saúde [DGS], 2019).

Segundo a DGS (2019), baseada num estudo de Lichtenthal WG, Nilsson M, Kissane DW, Breitbart W, Kacel E, Jones EC, et. al (2011), cerca de 43% das pessoas que preenchem os critérios de PLP têm acesso a apoio especializado no luto, o que demonstra subutilização dos cuidados de saúde, o que acreditam estar associado à ainda escassa sensibilidade no diagnóstico e ao estigma associado à necessidade de apoio a pessoa em processo de luto. Nesse sentido, surge a necessidade de perceber de que forma poderá intervir um EEESMP durante estas transições, pelo que foi elaborada a seguinte pergunta de investigação: “Quais as intervenções do EEESMP na prevenção de Luto Prolongado?”.

A implementação de intervenções do EEESMP com a pessoa em processo de Luto, encontra-se suportada e regulamentada no Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas

do EEESMP publicado em Diário da República, 2ª Série – Nº151 de 7 e agosto de 2018, concretamente na quarta competência, incidindo mais na prevenção da doença mental e na promoção de saúde mental, conforme o risco de desenvolver PLP ou na reabilitação em situações de diagnóstico de PLP.

As intervenções do EEESMP relacionam-se ainda com os Enunciados Descritivos contemplados no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, nomeadamente: satisfação do cliente, promoção da saúde e prevenção de complicações, adaptação e a Relação Psicoterapêutica (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011).

Assim, considerando o âmbito em que se insere o documento em apreço, em ligação à temática suprarreferida, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- Apresentar o Relatório de ME através da Metodologia de Projeto que será alvo de prova pública perante um júri;
- Refletir sobre as intervenções do EEESMP com a pessoa em processo de luto;
- Descrever reflexivamente e pormenorizadamente a aquisição das competências desenvolvidas no percurso do Mestrado e em particular no Estágio I e Estágio Final.

Estruturalmente, o presente relatório encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte integra três capítulos, no primeiro capítulo é realizada a caracterização dos locais onde se realizaram ambos os estágios. O segundo capítulo corresponde ao Enquadramento Conceptual acerca da pessoa em processo de luto, as intervenções implementadas pelo EEESMP com a pessoa em processo de luto, à luz do modelo conceptual de Afaf Meleis – Teoria das Transições e do modelo conceptual de Peplau – Relações interpessoais. Por sua vez o terceiro capítulo apresenta a Metodologia de Projeto adotada, no qual é apresentado o projeto de intervenção desenvolvido, descrevendo cada etapa. A segunda parte do relatório integra o capítulo da análise reflexiva sobre aquisição e desenvolvimento de competências, que por sua vez se divide em três subcapítulos respeitantes à reflexão crítica

pormenorizada e fundamentada da aquisição de competências comuns do EE, competências específicas do EEESMP e competências de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Por último, é realizada uma conclusão, onde são abordadas as principais considerações finais acerca da temática abordada neste relatório, aspetos facilitadores e dificultadores na realização do relatório e análise da consecução dos objetivos propostos.

Este Relatório de Estágio, encontra-se redigido de acordo com as diretrizes do Novo Acordo Ortográfico Português e referenciado de acordo com a norma da American Psychological Association (APA) – 6ª edição.

PARTE I

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1 LUTO E A PESSOA EM PROCESSO DE LUTO

O envelhecimento da população é um dado demográfico que preocupa e traz problemas para as sociedades modernas (Paúl & Ribeiro, 2011).

Apesar de a morte ser considerada como uma certeza, essa longevidade faz acreditar que a morte é cada vez um acontecimento longínquo, passando a ser um tema tabu. Na idade média, a morte era vista como uma situação natural, ainda que causasse dor e sofrimento, era aceite, as pessoas compreendiam, pelo que se falecia em casa, com os rituais de despedida, dado o moribundo presentisse a sua própria morte, e desde cedo as crianças aprendiam a viver com a perda e com o luto (Basso & Wainer, 2011).

É principalmente a meados do Século XX que a morte começou a estar envolta em muita emoção e sentimentos de não aceitação. Com o evoluir das sociedades e das ciências a morte passou a ser vista como um fracasso, com sentimentos de inconformidade, passando a ocultar-se a morte iminente aos doentes, não lhes dando a oportunidade de preparar e vivenciar esse momento da forma pessoal e com dignidade, camufla-se a morte aos familiares e amigos mais próximos, à sociedade, passa a morrer-se nos hospitais (Basso & Wainer, 2011).

A dificuldade em aceitar a morte como natural, por parte dos profissionais de saúde, por associarem ao fracasso do tratamento, leva ao adiamento da mesma através de tratamentos, prolongando o sofrimento quase de forma vergonhosa, hoje em dia passou a ser conhecido o conceito pelo nome de “distanásia”. De este tipo de sentimentos não resulta apenas o afastamento da morte cada vez mais acentuado, mas também leva à quase interdição dos sentimentos que o luto provoca. Não sendo aceite a expressão natural e em público desse tipo de sentimentos e emoções, passando a ser vividos de forma solitária, reprimida e escondida, o que contribui para o desconforto das repercussões do Luto, da perda (Basso & Wainer, 2011).

Luto define-se como “reação característica a uma perda significativa” (Barbosa & Neto, 2010, p. 487).

Para Parkes, citado por Delalibera, Coelho & Barbosa (2010, p. 936), o Luto é definido “como um conjunto de reações emocionais, físicas, comportamentais e sociais que surgem como resposta a uma perda de um ente significativo”.

A perda, pode ser definida como “uma experiência em que um indivíduo abandona uma ligação com um objeto por ele valorizado”. Esse objeto, pode ser animado ou inanimado, uma relação, um estado ou uma situação, pode ainda ser real ou percebido, essa perda provoca o que para alguns autores diferenciam de Luto ou Pesar. Assim, para alguns autores Luto pode ser definido como o processo (os vários estadios) psicológicos pelos quais a pessoa passa durante o processo de luto, até chegar ao estado de adaptação, enquanto que Pesar pode ser definido como os estados subjetivos / emocionais, que acompanham a elaboração do Luto (Townsend, 2009, p. 392). Ao longo da obra iremos designar ambos coletivamente como processo de luto.

O processo de luto foi pela primeira vez descrito por Freud, em 1917, no artigo intitulado “Luto e Melancolia”. Este primeiro modelo de orientação psicodinâmica, refere a existência de um processo psicológico inerente à experiência de perda. Este autor considera inútil e prejudicial qualquer intervenção porque assume que o luto é um processo normal, e que é ultrapassado após algum tempo (Ramos, 2016).

No entanto a evidencia científica tem-nos demonstrado que cerca de 10 a 20% das pessoas enlutadas desenvolvem Luto Prolongado e carecem de intervenção especializada (Delalibera et. al, 2011).

Esta perda tem normalmente dois componentes principais:

- O tipo de perda:
 - Real: Perda efetiva de pessoa, animal ou objeto significativo para a pessoa;
 - Simbólica: Perda de um ideal, expectativa, potencialidade ou característica (ex.: Marido ideal/Marido real, perda de um membro, de um trabalho).

- A reação característica: esta reação processa-se habitualmente por várias fases (Barbosa, Pina, Tavares & Neto, 2016).

A perda é uma mudança na vida de alguém que implica um estado de privação de alguém ou de algo tangível, como seja um objeto ou uma conquista real, (ex.: emprego...); ou intangível (representações mentais de algo que se esperava, como um projeto, esperança de...); seja qual for o objeto de privação, ambos desencadeiam um conjunto de reações afetivas, cognitivas, comportamentais, no fundo, o processo de Luto (Barbosa & Neto, 2010)

A definição de processo de luto é bastante complexa na medida em que cada pessoa o vivencia de forma diferente, estas diferenças estão associadas a questões culturais, o meio em que a pessoa está inserida e o próprio contexto da perda também influencia a forma como a pessoa vai vivenciar o luto, mais, são essas diferenças e condições que podem vir a constituir fatores facilitadores, ou pelo contrário, fatores de risco de desenvolver perturbação de luto prolongado (PLP) (Ramos, 2016).

Assim, podemos afirmar que a perda apesar de ser um conceito “comum” a todo o indivíduo, na medida em que todos vivem separações e perdas, é também um sentimento e vivência “único”, pois cada perda tem um significado específico para a pessoa que o vivencia, e diferente em cada fase da vida ou da doença (Barbosa & Neto, 2010).

1.1.1 Modalidades de Luto:

Tal como abordado anteriormente, o processo de luto desenvolve-se de forma gradual, vários autores, convergem na definição de várias fases de ajustamento interno à nova realidade, ainda que as definam de forma diferente, existem ainda vários tipos de luto, dependendo da natureza do mesmo.

Segundo Barbosa et al., (2016) no âmbito do processo de cuidados à pessoa com patologia prolongada e com agravamento do seu estado de saúde, como por exemplo na prestação de cuidados

paliativos, os cuidadores, sejam estes formais ou informais, podem vivenciar processos de luto especiais, pois apesar de a morte ainda não ter sucedido, é previsível a sua ocorrência a curto prazo.

Assim podemos encontrar dois tipos de luto especiais, que antecedem a morte, o *luto preparatório*, no caso dos doentes em final de vida; e o *luto antecipatório*, em relação aos familiares e cuidadores da pessoa em fim de vida (Barbosa et al., 2016)

Luto Preparatório – quase que uma tomada de consciência de que a morte está próxima, vivenciado pela pessoa em fase terminal, desenvolvido perante as diversas perdas (quer a nível físico quer pessoais) irreversíveis a curto e médio prazo; (Barbosa et al., 2016)

Luto Antecipatório – capacidade da família e cuidadores de antecipar, de preparar o enfrentamento com a morte próxima da pessoa amada/cuidada. Tem como função graduar/dosear o nível de sofrimento, evitando surpresas, a partilha experiência de dor sobre perdas antecipadas ou a elaborar mudanças emocionais associadas à morte previsível do seu familiar, pode ajudar a tornar o luto menos doloroso (Barbosa et al., 2016). Embora o luto antecipatório facilite supostamente o processo efetivo de luto após a perda, podem surgir problemas, no caso de as pessoas concluírem o processo de luto e o desligamento à pessoa ocorre de forma prematura, causando sentimentos de abandono e solidão na pessoa no leito da morte (Townsend, 2009).

Luto Integrado / Normal – Quando a pessoa alcança o limite máximo do sofrimento, quando “toca no fundo da sua dor”, dá-se a possibilidade de amadurecimento, possibilitando o crescimento pessoal, renascendo e integrando a perda, conseguindo voltar a viver de modo saudável onde já não está o falecido, o enlutado sai mais fortalecido tanto psíquica como espiritualmente (Barbosa et al., 2016, p. 567).

Para Ramos (2016) o luto é considerado dentro dos parâmetros da normalidade quando a pessoa enlutada consegue ultrapassar o processo de luto através da realização de diversas tarefas/fases, as quais vai vivenciando de forma contínua, ou seja, numa primeira fase o sujeito experimenta sentimentos de choque, descrença e negação, seguidos de uma fase marcada por um período de desconforto somático e emocional, assim como pela retirada social, e por fim, numa última fase, existe um período de reconstituição / adaptação. Se estas fases não são vivenciadas e ultrapassadas num determinado período de tempo, poder-se-á estar na presença de um luto não adaptativo.

Para Silva (2018) o luto normal/integrado, é aquele que não provoca trauma ou gera consequências ao indivíduo enlutado, consequências essas que podem afetar tanto a integridade física ou psicológica da pessoa. No luto normal/integrado o indivíduo tem consciência da perda, este fator auxilia para uma elaboração bem-sucedida, mesmo com toda a dor e sofrimento presente neste processo.

Tipos de Luto complicado:

No luto integrado/normal, o indivíduo tem consciência da perda, o que consegue ser favorecedor para uma elaboração bem-sucedida, mesmo com toda a dor e sofrimento presente neste processo. Já o luto complicado, pode ser definido como a reação de fuga do processo de elaboração, pois o indivíduo tenta negar a sua dor (Silva, 2018).

Segundo Horowitz (1980, cit. por Ramos, 2016), o luto patológico está mais relacionado com a intensidade e duração das reações do que propriamente com a simples presença ou ausência de um comportamento específico.

De acordo com Lindemann (1944, cit. por Ramos, 2016) a normalidade é definida pela duração do trabalho de luto. Esta depende do trabalho de luto do enlutado, definido como a emancipação dos laços estabelecidos com o falecido, o reajustamento com o meio envolvente e a formação de novas relações.

Não há uma precisão exata de termino do processo de luto normal, portanto encontra-se nas várias literaturas um período de seis meses (período por exemplo definido pela Norma da DGS), 12 meses [segundo *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V)*] a dois anos, contudo há que ter em conta as variáveis do próprio processo de luto, que podem influenciar todo o processo e sua duração. Em alguns casos de luto complicado, este processo pode se estender a vários anos, e ainda conseguir, com o devido acompanhamento, alcançar o luto integrado (Silva, 2018).

Nem sempre o processo de luto decorre de forma progressiva e harmoniosa no sentido da adaptação, alcançando assim o luto integrado/normal. Há situações, em que o processo de luto se pode complicar, tornando-se crónico ou até ganhar uma dimensão psicopatológica. Desde os primeiros

trabalhos de Freud (1917) que se fala de formas mais complicadas de luto, as quais foram assumindo várias designações.

De acordo como o DSM-V (2014, p. 789 –792), o luto complicado, definido pela Associação Americana de Psiquiatria [APA] por Transtorno do Luto Complexo Persistente, é diagnosticado nos adultos, apenas 12 meses após a morte de alguém que se ama. Esse intervalo de tempo diferencia o luto normal do luto complicado. Segundo a Associação Americana de Psiquiatria, o enlutado deve apresentar um conjunto de sinais e sintomas tais como: uma saudade persistente do falecido, associada a choros frequentes, preocupação com o mesmo e com a forma que ocorreu a morte, dificuldade acentuada de aceitar a morte (como por exemplo, preparar refeições para o falecido, manter rituais do falecido), passam a ver o falecido, a ter queixas somáticas como dor, fadiga etc., a ter lembranças angustiantes, raiva, evitamento excessivo de lembranças da perda, relatos de desejo de morrer para ficar junto ao falecido, falta de confiança no outro, queixas de sentimentos de isolamento, crença que a vida não tem sentido ou propósito sem o falecido, sentimento de identidade diminuído, no qual sentem que uma parte de si morreu ou perdeu-se, ter dificuldade em iniciar atividades e até mesmo na procura de relações; dificuldade ou incapacidade em projetar-se ou planejar o futuro.

“O transtorno do luto complexo persistente é diagnosticado somente se ao menos 12 meses (...) se passaram desde a morte de alguém com quem o enlutado tinha um relacionamento próximo (Critério A). Esse intervalo de tempo discrimina o luto normal do luto persistente. A condição envolve, em geral, uma saudade persistente do falecido (Critério B1), que pode estar associada a intenso pesar e choros frequentes (Critério B2) ou preocupação com o falecido (Critério B3). O indivíduo também pode estar preocupado com a maneira como a pessoa morreu (Critério B4). Seis sintomas adicionais são necessários, incluindo dificuldade acentuada de aceitar que o indivíduo morreu...” (DMS-5, 2014, p. 790).

Barbosa, et. al, (2016) define os seguintes tipos de luto complicado:

Traumático: Este tipo de luto resulta normalmente de uma perda traumática, súbita ou inesperada, a qual confronta a pessoa com a morte ou sua ameaça real. Este tipo de perda ultrapassa a capacidade de adaptação e caracteriza-se por uma resposta que envolve: sentimento de insegurança, desproteção, dor da incerteza, medo, horror, ansiedade perante a perda de segurança habitual, comportamentos de fuga; atordoamento perante os mecanismos de defesa (embotamento afetivo

como estratégia de defesa); ruminações obsessivas, o foco do coping é a paralisia de atividade (Barbosa et al., 2016).

Inibido: A pessoa tende a evitar sentimentos e aspetos dolorosos da perda como proteção à dor e sofrimento. Há como que um “adiamento do Luto”. A estratégia de coping é a distração. Pode parecer um luto integrado/normal funcional a curto prazo, mas que é ativado mais tarde por perdas simbólicas ou reais. Os enlutados não conseguem falar do falecido sem expressões francas de sofrimento/luto (Barbosa et al., 2016, p. 575).

Crónico: A pessoa não aceita a perda como real, mantendo o vínculo com a pessoa falecida através de representações internas e externas do falecido. Nesta modalidade de luto, a dor e sofrimento mantém-se ao longo do tempo, o processo de luto encontra-se estático. O enlutado mantém-se nestas condições durante meses e anos, não conseguindo ser funcional. O Luto crónico, sucede com maior frequência em pessoas com relações muito dependentes em relação ao falecido. A estratégia de coping é objeto da perda (Barbosa et al., 2016).

Segundo a Ordem do Enfermeiros, o **Pesar Complicado / Luto Disfuncional**, é definido como “distúrbio que ocorre após a morte de pessoa significativa, em que a experiência de sofrimento que acompanha o luto, falha em atender às expectativas normais e manifesta-se com prejuízo funcional (...) existindo desadequação do processo de luto por reação exagerada, prolongada, retardada ou inibida”. Para a realização deste diagnóstico de enfermagem devem estar presentes os seguintes dados clínicos obrigatórios:

- Perda/Luto há mais de 6 meses;
- Manutenção durante um período superior a 1 mês numa fase do luto;
- Implicações nas Atividades de Vida Diárias (AVD's);
- Ansiedade ou angústia persistente relacionada com a perda (OE, 2019b).

A DGS define o luto complicado como **Perturbação de Luto Prolongado (PLP)**, baseado no definido no capítulo 6 da classificação internacional de doenças (ICD-11). De acordo com esta definição, para se diagnosticar uma PLP, devem estar presentes os seguintes critérios clínicos:

a) Existência de pelo menos um dos seguintes sintomas:

- i. Ansiedade e desejo persistente pelo ente significativo;
- ii. Preocupação persistente e profunda com o ente significativo.

b) Existência de dor emocional intensa:

- i. Acompanhado por intensa dor emocional (por exemplo, tristeza, culpa, raiva, negação, culpa);
- ii. Dificuldade em aceitar a morte;
- iii. Sentimento de que alguém perdeu uma parte de si mesmo;
- iv. Incapacidade de experimentar sensações positivas;
- v. Instabilidade emocional;
- vi. Dificuldade em realizar atividades sociais ou outras atividades.

c) Tempo e perturbações: mais de seis meses no mínimo após a perda:

- i. Excedendo as referências sociais, culturais ou religiosas esperadas para a cultura e o contexto do indivíduo;
- ii. Reações de luto persistentes por longos períodos de tempo que estão dentro de um período normativo, dado o contexto cultural, religioso da pessoa em luto, não necessitam de diagnóstico; Esta perturbação causa problemas significativos a nível pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou em outras áreas importantes do desenvolvimento (DGS, 2019).

No desenvolver do nosso trabalho, utilizaremos a definição de luto complicado utilizado pelo colégio da especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e utilizaremos os instrumentos de avaliação definidos pela DGS, e instituído na norma 003/2019, a qual iremos desenvolver de forma mais profunda na fase metodológica.

1.1.2 *Mediadores do Processo de Luto:*

Designaremos como “Mediadores de Luto” todos os fatores interpessoais ou situacionais que podem interferir no processo de luto na pessoa. Alguns destes mediadores do processo de luto podem constituir-se como fatores de risco para o desenvolvimento de luto disfuncional. Importa assim para além de realizar uma minuciosa caracterização do tipo de perda e de uma observação cuidada das manifestações da pessoa em resposta à mesma, realizar uma avaliação profunda dos mediadores do processo de luto, de forma a tentar aproximar a nossa avaliação da realidade do processo de luto da pessoa e assim compreender de forma mais realista a mesma, tentando assim ajustar a nossa intervenção às reais necessidades da pessoa (Barbosa et al., 2016).

Uma das principais tarefas dos profissionais de saúde, nos casos de luto por perda de um ente querido, para evitar complicações do processo de luto, é intervir no período que antecede a morte, através de um bom controlo sintomático, promovendo o envolvimento da pessoa e família no processo, assegurando condições de comunicação eficazes, o que lhe permite ainda, conhecer estes fatores mediadores antes de a perda ocorrer. Apesar de amplamente reconhecida a importância da intervenção previa à perda, nem sempre é possível, uma vez que na maioria das situações a pessoa apenas é encaminhada para cuidados de saúde diferenciados após a perda (Townsend, 2009).

Segundo Bowlby, (2004, cit. por Silva, 2018) o processo de luto pode variar de acordo com as características da pessoa que o está a vivenciar, de acordo com sua personalidade, a idade e sexo, sua estabilidade social e psicológica, a identidade e o papel da pessoa perdida na vida do enlutado, a forma como ocorreu essa perda, ou seja, a morte. Segundo Bowlby, são esses aspetos que tornam as pessoas mais vulneráveis (Silva, 2018, p.64)

De forma sumária iremos sistematizar os mediadores do luto em três dimensões fundamentais:

- **Intrapessoal:**

- Características sociodemográficas do falecido (género, idade, estado civil);
- Antecedentes psiquiátricos (história pessoal ou familiar de perturbação psiquiátrica...);
- Personalidade, estilo de vinculação (inseguro, evitante, ansioso...);
- Estilo de *coping*, *lócus* de controlo (externo);
- Mecanismos de defesa (imaturo, frágil...);
- Experiências de perdas anteriores (acumulação de perdas, perdas mal resolvidas...);
- Espiritualidade. (Barbosa et al., 2016).

- **Interpessoal:**

- Centrados na relação com o exterior
 - Funcionamento familiar (disfunção familiar, falta de apoio...);
 - Suporte social (Isolamento, ausência de programas comunitários...);
 - Contexto cultural / Religiosidade (não permissão de rituais fúnebres...).
- Centrados no objeto da perda
 - Características sociodemográficas do falecido (género, idade, estado civil);
 - Grau de parentesco (filhos, pais e irmãos);
 - Qualidade da relação anterior (excessivamente dependente, conflituosa...);
 - Questões pendentes (financeiros, laborais, sociais ou familiares...), (Barbosa et al., 2016).

- **Situacional:**

- Circunstâncias da perda (abrupta, súbita, traumática, prolongada com grande sofrimento, etc.);
- Condições de cuidados (satisfação com cuidados prestados, controlo de sintomas...);
- Condições do cuidador (sobrecarga do cuidador);

- Stressores concorrentes e perdas secundárias (perdas financeiras, problemas familiares ou laborais...); (Barbosa et al., 2016).

Estes mediadores do processo de luto influenciam o grau de suscetibilidade de desenvolver PLP que o enlutado apresenta, pois deles dependem a capacidade de superar os problemas relacionados com o luto (Barbosa et al., 2016).

De acordo com Townsend (2009), foram vários os teóricos que descreveram os estadios comportamentais do processo de luto:

Bowlby (1961) define 4 estadios: Estadio I (Dormência ou protesto); Estadio II (Desequilíbrio); Estadio III (Desorganização e Desespero); Estadio IV (Reorganização).

Para Engel (1964) existem 5 estadios: Estadio I (Choque); Estadio II (Desenvolvimento da Consciência); Estadio III (Restituição); Estadio IV (Resolução da Perda); Estadio V (Recuperação).

Para Barbosa et al., (2016), no processo de Luto podem ser identificadas três fases características: Estadio I: Choque/Negação - Evitamento; Estadio II: Desorganização/Desespero – Consciencialização; Estadio III: Reorganização/Recuperação – Restabelecimento.

Kubler-Ross (1969) descreve 5 fases: Estadio I (Negação); Estadio II (Raiva); Estadio III (Barganha/Negociação); Estadio IV (Depressão), Estadio V (Aceitação).

Iremos aprofundar mais o processo de luto segundo Kubler Ross por ser com base nesta classificação que abordamos e avaliamos a pessoa enlutada em contexto prático.

1.2 PROCESSO DE LUTO SEGUNDO KUBLER-ROSS

Elisabeth Kubler-Ross foi uma Psiquiatra Suíço-Americana, nascida em Suíça no ano 1926 e falecida em 2004, é uma das autoras mais citadas sobre a questão da finitude da vida, do luto e do morrer. A sua obra tem sido de grande contribuição tanto para os profissionais de saúde como para pais, mães, filhos, parentes, leigos e religiosos que vivenciam o luto, seja na primeira pessoa ou não. A autora, acredita que o que a fez interessar-se por esta temática se prende com a sua vivência na adolescência, presenciando os horrores da Segunda Guerra Mundial, assume que prometeu a si mesma trabalhar na Polónia e na Rússia, ajudando nos primeiros socorros aos necessitados. Viu de perto horrores do holocausto e foi nessas vivências que começava seu interesse pela morte e o morrer (Afonso & Minayo, 2013).

Em 1969, publicou o livro intitulado *“On death and dying”*, o primeiro de uma série de obras que iria projetá-la para uma figura de referência como especialista num assunto tabu para as sociedades ocidentais. Traduzido para cerca de trinta línguas, a sua obra não se fica apenas pela descrição dos cinco estadios (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação) do processo de luto pelos quais as pessoas em fim de vida, enlutados ou pessoas que de uma forma ou de outra vivenciam o sentimento de perda, na sua obra ela aborda pessoas reais e desafia-as a falar acerca do seu processo de morte ou de perda, recolhendo testemunhos reais que ajudam a compreender situações relacionais entre a equipe, os clientes, seus familiares e entre os próprios profissionais (Afonso & Minayo, 2013).

Para Kubler-Rose a pessoa que vivencia o processo de luto, passa por uma série de estadios, nos quais existem comportamentos associados a cada um desses estadios que podem ser observados em indivíduos que estão a vivenciar uma determinada perda, seja ela real ou simbólica (Kubler-Rose, 1969)

Estadio I - Negação:

Primeira fase após a notícia. Existe uma defesa psíquica na qual ocorre uma negação do ocorrido/problema. Não há mudança de rotinas pois “nada aconteceu”. Neste estadio o indivíduo não reconhece a perda como real, como verdade, verbalizando frequentemente “Isto não é possível, não pode ter acontecido...”. Esta fase pode ajudar a proteger a pessoa da dor psicológica da realidade (Kubler-Rose, 1969)

Estadio II - Raiva:

É nesta fase que a realidade se faz sentir, pode ocorrer nas primeiras semanas até aos primeiros 6 meses. A pessoa sofre indignação e revolta por ter acontecido a perda, existe uma inconformação com o sucedido, e sentimentos como tristeza, culpa, vergonha, impotência e desespero são frequentes neste estadio, assim como níveis elevados de ansiedade. A pessoa frequentemente culpa-se a si próprio ou a terceiros pelo sucedido e isso ainda agrava mais os sentimentos de culpa e raiva. A pessoa não consegue, na maioria das vezes, ser funcional e podem ocasionalmente surgir queixas somáticas (Kubler-Rose, 1969).

Estadio III - Baganha/Negociação:

A pessoa já aceitou a perda como real, mas nesta fase tenta negociar consigo mesma, com profissionais de saúde, com Deus... condições de melhoria e cura, aceitação de cuidados ou formas de se contornar a realidade, fantasiando com essa hipótese. A pessoa acredita em outras alternativas à perda ocorrida ou iminente (Kubler-Rose, 1969).

Estadio IV – Depressão:

Diante do inevitável, percebe-se e aceita-se como irreversível a perda, a pessoa não vive mais numa realidade paralela, assim deixa de ser “protegida” pelo psíquico e emerge num sentimento de tristeza e sofrimento atroz. Esta fase, muito dolorosa, é caracterizada por uma enorme sensação de vazio e sentimentos de desesperança. Regressão, isolamento social são comportamentos frequentemente observados nesta fase (Kubler-Rose, 1969).

Estadio V – Aceitação:

Quando se aceita a realidade, a perda, ou se resigna a ela, a pessoa consegue ajustar-se / adaptar-se à mesma. A ansiedade diminui e é capaz de estabelecer métodos para se ajustar sem o objeto perdido, consegue abstrair o pensamento da perda e observar mais o ambiente que o rodeia. Consegue projetar-se no futuro e recomeça a sua atividade/funcionalidade. A dor não desaparece, apenas perde intensidade (Kubler-Rose, 1969).

Os estádios do processo de luto possibilitam à pessoa enlutada uma abordagem ordenada para a resolução do luto, cada estadio tem tarefas que devem ser superadas ainda que doloroso e penoso, apenas ultrapassando todos os estádios, a pessoa pode chegar à fase de aceitação e reorganização (Townsend, 2009).

Importa salientar que a intervenção terapêutica deve estar disponível, mas não deve ser imposta à pessoa (Townsend, 2009).

1.3 CORPO CONCEPTUAL

Ao longo da prática especializada, verificou-se a necessidade de realizar uma pesquisa da literatura com o intuito de consultar um corpo de conhecimento que fundamentasse a construção da identidade enquanto EEESMP. Neste sentido, foi realizado este capítulo, com o objetivo de formalizar conceitos e teorias que nortearam o percurso clínico.

Kerlinger (1973, cit. por Hickman, 2000: p12) define uma teoria como “um conjunto de conceitos inter-relacionados, definições e proposições que apresentam uma forma sistemática de ver os fatos/eventos, pela especificação da relação entre as variáveis, com a finalidade de explicar e prever o fato/evento”.

Segundo Meleis (1991, cit. por Hickman, 2000: p12) uma teoria de Enfermagem pode ser definida como “uma conceitualização articulada e comunicada da realidade inventada ou descoberta (fenômeno central e relacionamentos) na enfermagem como a finalidade de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem”.

George (1993, cit. por Santos, Oliveira & Pagliuca, 2004), considera ainda uma teoria como um conjunto de conceitos interligados que proporcionam uma visão sistemática de um fenômeno, ou seja, uma forma metódica de olhar para o mundo, de o descrever, de o explicar, de o prever ou de o controlar. Uma das características mais relevantes de uma teoria é a sua utilização na prática profissional, uma vez que contribui para a comunicação entre profissionais, clarificando as propostas de enfermagem, contribuindo, assim, para a formação da identidade profissional.

As teorias devem ser usadas por profissionais para orientar e melhorar a sua prática. Uma das principais características de uma teoria é a sua utilidade na prática, estas orientam, descrevendo, explicando ou prevendo os eventos na prática clínica (Torres, 1990, cit. por Hickman, 2000).

Partindo da premissa que reforça a importância da identificação do Modelo Conceptual que norteia o agir do enfermeiro, na procura em alcançar os mais elevados padrões de qualidade no cuidar especializado da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, recorreremos ao Modelo de Transições de Afaf Meleis e ao Modelo de Relações Interpessoais de Hildegarde Peplau como fio condutor das intervenções implementadas pelo EEESMP com a pessoa em processo de luto.

1.3.2 Processo de Luto e Teoria de Transições de Afaf Meleis:

O luto, enquanto processo de transição exige um enorme esforço adaptativo, no qual ocorre um processo de transformação da pessoa e um enriquecimento do seu crescimento pessoal. Todas as reações, as vivências, as oscilações devem ser encaradas como processos normais, com movimentos contínuos e oscilatórios entre proteção/evitamento e reconhecimento/contato com a dor e a perda, num movimento integrativo da perda como fator real para uma adaptação e reorganização da pessoa (Barbosa et al., 2016)

Ao longo do ciclo vital experienciam-se múltiplas transições, em alguns casos meramente circunstanciais, noutros procuram-se deliberadamente através de eventos tais como o casamento, a gravidez, a mudança de profissão, a cirurgia ou outras (Chick & Meleis, 1986). Neste sentido, o conceito de transição revela-se de grande importância para a área das ciências sociais e disciplinas da saúde (Santos, et. al, 2015).

Segundo o Meleis (2010), o ser humano passa, durante o seu ciclo de vida, por vários processos de transição, que têm inevitavelmente reflexo na sua identidade, nos seus papéis sociais e padrões de comportamento exigindo aquisição de conhecimentos e novos saberes.

Assim, compreende-se que os indivíduos, ao vivenciarem determinadas transições, como é o caso do processo do luto, se tornem particularmente vulneráveis aos riscos, afetando profundamente a sua

saúde e bem-estar e exigindo alterações de comportamento que lhe permitam adaptar-se e restaurar os níveis de saúde, conforto, função e autorrealização (Meleis, 2010).

O termo “*Transição*” pode ser definido como a ação e o efeito de passar de uma condição para outra. Este conceito implica que haja uma mudança na forma de estar ou de ser e geralmente é entendido como um processo delimitado no tempo (Santos et. al, 2015).

As transições estão relacionadas com a mudança e com o desenvolvimento, sendo que ambos são temas altamente pertinentes para a enfermagem. Relativamente aos cuidados de enfermagem de saúde mental pode existir um desafio acrescido nesta relação interpessoal, uma vez que é exigido ao próprio EEESMP que se mobilize enquanto ferramenta terapêutica, tendo influência direta nos resultados obtidos (Guimarães e Silva, 2016).

Segundo Meleis, as transições são os percursos que as pessoas devem realizar entre estados de relativa estabilidade. A conclusão de uma transição implica que a pessoa atingiu um período de maior estabilidade em relação ao que já foi antes (Chick & Meleis, 1986).

Tendo em conta todas as variáveis de transições, houve necessidade de as organizar. A teoria abrange quatro conceitos essenciais, interligados entre si e que auxiliam no entendimento de situações complexas: a **natureza** das transições (tipos, padrões e propriedades), **condicionantes facilitadores/inibidores da transição** (pessoais, comunidade e sociedade), **padrões de resposta** (indicadores de processos e indicadores de resultados), e **terapêutica de enfermagem** (intervenções de enfermagem que refletem a prática), (Meleis, 2010).

Relativamente ao primeiro conceito, a **natureza** das transições, estas podem assumir diferentes tipos: desenvolvimental (relacionadas a mudanças no ciclo vital), situacional (associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis), saúde/doença (quando ocorre mudança do estado de bem-estar para o estado de doença) e organizacional (relacionadas ao ambiente, mudanças sociais, políticas, económicas), (Meleis, 2010).

Estas, apresentam diferentes padrões: simples (única transição) ou múltiplas; sequenciais (ocorrem em intervalos de tempo distintos) ou simultâneas; relacionadas ou não relacionadas. São percebidas como padrões de multiplicidade e complexidade por não serem autônomas umas das

outras. São complexas, multidimensionais e possuem propriedades que são essenciais às experiências de transição, como a: consciencialização, empenhamento, mudança e diferença, espaço temporal da transição, eventos e pontos críticos (Guimarães e Silva, 2016).

No caso do Luto, estamos perante uma transição com propriedades de eventos críticos, pois está associado a um evento perfeitamente identificável e o qual merece a atenção, o conhecimento e a experiência de um enfermeiro (Meleis, 2010).

Para uma compreensão mais profunda do processo de transição torna-se importante compreender o segundo conceito da Teoria, os **condicionantes facilitadores/inibidores** no decorrer de uma transição (Meleis, 2010).

Os processos de transição são individuais pois dependem da perceção de cada pessoa, resultado das condicionantes de cada um, tendo sido descritos como fatores facilitadores e inibidores, importa referir que se podem separar em três tipos: pessoais (significados, crenças e atitudes culturais, nível socioeconómico, preparação e conhecimento), comunitários e sociais (Meleis, 2010).

O significado que a pessoa atribui à morte, as crenças e padrões culturais relativamente à perda, assim como a preparação e conhecimento da perda, podem surgir como aspetos facilitadores ou inibidores, na medida em que o conhecimento sobre a sua situação e o que é esperado, poderá aliviar o stress associado à transição (Santos, et al., 2015).

As condições da comunidade e da sociedade onde o indivíduo está inserido, também são fatores que podem facilitar ou dificultar a transição num processo de luto. Por exemplo, a existência ou não de suporte familiar, suporte social, de recursos na comunidade de apoio (Santos, et al., 2015).

Relativamente ao terceiro conceito: **padrões de resposta**, estes podem ser divididos em dois tipos de indicadores, os de processo que e os de resultado (Meleis, 2010).

Os indicadores de processo são relevantes para o exercício da enfermagem, pois permitem que o enfermeiro compreenda e avalie se o indivíduo que vivencia uma transição caminha na direção de saúde e bem-estar, ou então, se pelo contrário, se encontra na direção da vulnerabilidade e riscos (Meleis, 2010).

Estes indicadores englobam o sentir-se conectado (contatos e ligações pessoais com os profissionais de saúde, família e outras redes de suporte e apoio); Sentir-se a interagir (com profissionais, cuidadores, familiares, grupos de ajuda); Sentir-se localizado/situado (as pessoas necessitam de pertencer a determinado lugar, assim como perceber a dinâmica em que está inserido permitindo que o indivíduo solte as amarras do passado e enfrente os desafios do futuro); Desenvolver confiança e coping (manifestada pelo grau de compreensão dos múltiplos processos relativos à necessidade de mudança, o uso dos recursos disponíveis ao seu alcance e pelo desenvolvimento de mecanismos para adquirir confiança e lidar com a situação) (Meleis, 2010).

São os indicadores de resultado, permitem avaliar se a transição consistiu num evento saudável na vida da pessoa. Sendo que a determinação de quando é que uma transição está concluída, deve ser flexível e variável dependendo do tipo de mudança. Caso se avalie cedo demais, podemos estar a avaliar os indicadores de processo ao invés de avaliar os resultados (Meleis, 2010).

Por último, falta referenciar as intervenções terapêuticas de enfermagem, que podem ser entendidas como uma ação interventiva continuada no decorrer do processo de transição. Devem proporcionar conhecimento e capacidade àqueles que o vivenciam, desencadeando respostas positivas às transições, capazes de restabelecer a sensação de bem-estar (Guimarães & Silva, 2016).

A vida constitui uma transição contínua, o complexo ciclo vital é uma constante transformação de um estado para outro, um conjunto de transições que se sucedem. Eventos marcantes como o casamento, o nascimento e educação dos filhos, a saída dos filhos do lar, a reforma laboral, a morte, são transições, muitas delas que necessitam da intervenção especializada de enfermagem de saúde mental (Zagonel, 1999).

É nos pontos de transição do processo de desenvolvimento do ciclo de vida que ocorrem os maiores geradores de stress, principalmente nos momentos de grande instabilidade, insegurança, ruturas do ciclo vital, tal como a morte (Zagonel, 1999).

Os processos de transição do ciclo de vida podem gerar alterações saúde-doença, e estes levam a transições para reajustar o bem-estar, são nestas transições que o papel/intervenção de enfermagem deve estar presente (Zagonel, 1999).

1.3.3 *Processo de Luto e as Relações Interpessoais – Hildegard Peplau:*

Após a revisão da literatura destacou-se ainda a teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau. Apesar de ter sido desenvolvida em meados do século XX, esta teoria de enfermagem toca em pontos essenciais para a prestação de cuidados em saúde mental, existindo características que são facilmente visíveis nas competências do EEESMP definidas pela Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Despacho nº 515/2018.

De acordo com Paul e Reeves (2000) a prática de enfermagem é de natureza interpessoal, reconhecendo assim a importância e o efeito benéfico do relacionamento do enfermeiro com o cliente. Os profissionais de enfermagem usam esse conhecimento ao longo do processo de enfermagem, proporcionando orientação e direção no uso do mesmo.

Sendo que o mesmo autor define processo de enfermagem como “Esquema subjacente que propicia ordem e direção ao cuidado de enfermagem. É a essência da prática de enfermagem, é o instrumento e a metodologia da profissão e como tal ajuda o enfermeiro a tomar decisões, a prever e a avaliar consequências” (Paul e Reeves, 2000, p:21).

Partindo do pressuposto que o utente deve ser visto de forma holística, como um todo, cujas partes estão em interação dinâmica, e que o ato de cuidar deve abranger todas essas partes e não apenas direcionar simplesmente para as técnicas que visem tratar a doença física, colocando em segundo plano ou até esquecendo as outras vertentes das pessoas, torna-se crucial capacitar os profissionais para o ato verdadeiro de cuidar. Tratar implica doença, enquanto que, cuidar implica englobar a totalidade do ser vivo, assegurando a dignidade e individualidade da pessoa que é cuidada (Santos et al., 2004).

Neste sentido, Peplau, assume uma grande pertinência na área da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, dado considerar o ser humano de forma holística e o enfermeiro necessitar de um conhecimento especializado para intervir junto da pessoa. O papel fundamental do enfermeiro é estabelecer o processo de comunicação e de relação terapêutica com o objetivo de cuidar da pessoa, fazendo com que este perceba as suas dificuldades ou problemas e identifique as suas próprias

estratégias para enfrentar os problemas e encontrar a estabilidade física e mental (Moraes, Lopes & Braga, 2006).

Para Peplau, na relação enfermeiro–cliente é estabelecida uma meta/objetivo comum que proporciona o incentivo ao estabelecimento de um plano terapêutico, alicerçado no respeito mútuo, aprendendo e crescendo, ambos, com o resultado da interação (Ri, Bispo & Santos, 2007).

Os Profissionais de saúde podem ser exímios em tratar dos problemas de saúde orgânicos, mas o utente pode não se sentir satisfeito se as suas necessidades não forem totalmente satisfeitas, se não for dada a atenção e o respeito que lhe são devidos. Assim, neste sentido, se não se estabelecer uma verdadeira relação de ajuda, os cuidados de enfermagem podem não ser totalmente eficazes. Pois segundo Chalifour, a relação de ajuda consiste numa interação entre dois indivíduos, enfermeiro e utente, com contribuição pessoal de ambos, tendo como principal objetivo a satisfação das necessidades do utente (Chalifour, 2008)

Peplau defendia que a enfermagem é terapêutica por ser uma arte curativa, auxiliando a pessoa enferma ou necessitada de cuidados de saúde através de um processo interpessoal entre dois ou mais indivíduos com uma meta comum. Essa meta comum é o incentivo para o processo terapêutico no qual os intervenientes (enfermeiro e cliente) se respeitam como indivíduos, ambos, crescendo e aprendendo como resultado dessa interação (Belcher & Fish, 2000).

De facto, para Almeida, Lopes e Damasceno (2005), as metas a serem atingidas devem ser estabelecidas pelas partes envolvidas na interação, conjuntamente pelo enfermeiro e pelo cliente, pois caso os objetivos de ambos sejam distintos os resultados alcançados também o vão ser.

Para Ri, et al. (2007), cada encontro planeado com o intuito de encontrar soluções para alcançar a meta definida, influência o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro. Desta forma, o tipo de pessoa que o profissional passa a ser exerce uma influência direta na relação terapêutica interpessoal. Almeida et al. (2005), referem que Peplau introduz na sua teoria a noção de crescimento pessoal baseando-se na enfermagem psicodinâmica para descrever o relacionamento dinâmico entre enfermeira e cliente, em que este deve conseguir perceber os seus próprios sentimentos. Moraes et

al. (2006), corroboram esta ideia referindo que o enfermeiro visa perceber as necessidades do cliente, identificando dificuldades e procurando ajudá-lo a superá-las.

Peplau (1993, citado por Moraes et al., 2006) define a enfermagem como sendo um processo terapêutico e interpessoal pelo facto de envolver a interação entre duas ou mais pessoas, com metas comuns. É a relação entre uma pessoa que está doente ou a necessitar de cuidados de saúde e uma enfermeira com conhecimento para reconhecer e responder às necessidades de ajuda do cliente. É um processo interpessoal através do qual, a enfermeira e o cliente podem alcançar o crescimento e o desenvolvimento pessoal (Peplau, 1990, cit. por Almeida et al., 2005).

Moraes et al. (2006), referem ainda que, dado o foco da teoria de Peplau ser as relações interpessoais, fatores como a cultura, valores, crenças e expectativas do cliente devem ser tidas em consideração, tendo em vista a participação do mesmo como sujeito ativo no processo.

O cliente é percebido como uma estrutura biológica, espiritual, social e psicológica única, que tem as suas particularidades e reage de forma singular. A saúde é entendida como uma qualidade dinâmica, que proporciona à pessoa a experiência de bem-estar físico e social, conferindo a esse indivíduo a oportunidade de viver bem e em harmonia com os que o rodeiam (Peplau, 1993, cit por Moraes et al., 2006).

Relativamente aos problemas de enfermagem, os autores supracitados referem que, são concebidos como sendo um fator que abala a estrutura biológica, psicológica, espiritual e social do cliente, sendo identificados os focos centrais das necessidades, frustração, conflito e ansiedade. O enfermeiro e o cliente passam a trabalhar com a finalidade de identificar o problema existente, visando a diminuição dos focos enumerados, prevenindo, deste modo problemas futuros. A intervenção de enfermagem realiza-se através da elaboração de um plano de cuidados individualizado visando a melhoria do estado de saúde do cliente, família e comunidade.

No processo relacional entre enfermeiro e cliente, Peplau enumera quatro fases inter-relacionadas e indissociáveis de atuação no processo de enfermagem, que são: a orientação, identificação, exploração e resolução (Almeida et al., 2005). Cada fase é caracterizada por um conjunto

de funções e papéis desempenhadas pelo cliente e enfermeiro, em que ambos aprendem a trabalhar conjuntamente de forma a resolver as dificuldades (Moraes et al., 2006).

Na fase de **orientação**, a enfermeira identifica as necessidades do cliente que, durante a interação, vai dando pistas a respeito de como percebe a dificuldade que está a experienciar e oferece à enfermeira a oportunidade de reconhecer as suas carências de informação e compreensão sobre o problema. A tensão e a ansiedade apresentadas pelo cliente devem ser levadas em consideração (Peplau, 1990 citado por Almeida et al., 2005). Durante esta fase, as atitudes do cliente e do enfermeiro são influenciadas pela partilha de ajuda e os intervenientes nos processos interpessoais apresentam partes igualmente importantes na interação terapêutica (Peplau, 1993 citado por Moraes et al., 2006).

Na fase de **identificação** o enfermeiro deve direcionar as suas intervenções para o auxílio do cliente na aquisição de uma aprendizagem construtiva, focalizando-se nos elementos essenciais do problema, mediante os seus próprios esforços, desenvolvendo uma resposta independente da enfermeira (Peplau, 1990 cit. por Almeida et al., 2005). Nesta fase, o cliente pode começar a ter a sensação de ser capaz de lidar com os seus problemas, diminuindo os sentimentos de desamparo, motivando-o a encarar as suas necessidades (Peplau, 1993 cit. por Moraes et al., 2006).

A fase da **exploração** acontece após o cliente identificar a enfermeira como sendo aquela que reconhece e compreende as relações interpessoais da situação, explorando ao máximo todos os serviços que lhe são oferecidos com o intuito de obter todos os benefícios possíveis (Peplau, 1993 cit. por Moraes et al., 2006).

A fase de **resolução** é caracterizada como um fenómeno psicológico em que a pessoa abandona os laços criados com o enfermeiro e prepara-se para voltar para casa (Peplau, 1990 cit. por Almeida et al., 2005). Neste sentido, deve haver uma libertação gradual da identidade criada com o enfermeiro e um fortalecimento da capacidade de agir por si mesmo. Nesta fase espera-se que as necessidades do cliente já tenham sido satisfeitas (Peplau, 1993 cit. por Moraes et al., 2006).

Vários estudos demonstram a existência de semelhanças entre o processo de enfermagem e as fases interpessoais de Peplau, na medida em que ambos são sequências e colocam ênfase na relação

interpessoal enfermeiro-cliente, promovendo uma visão holística deste último, em que as experiências, expectativas, valores e crenças devem ser valorizadas (Almeida et al., 2005).

A obtenção de uma meta é realizada através de um processo, com passos sequenciais, tornando os intervenientes cada vez mais maduros e capacitados ao longo do processo. O enfermeiro, ao longo das fases sequenciais dos relacionamentos interpessoais, assume diferentes papéis consoante a fase do processo e as necessidades da pessoa/utente. Passando por papéis de professor (transmitindo conhecimentos relativos aos processos de doença para melhor compreensão); Conselheiro (através do uso de certas habilidades e atitudes, ajuda outra pessoa a reconhecer, enfrentar, aceitar e resolver problemas); Líder (realizando o processo de iniciação e de manutenção de metas através da interação); entre outros (Belcher & Fish, 2000).

Para Santos et al., (2004), Peplau, na sua teoria, valoriza o enfermeiro como agente terapêutico na relação enfermeiro-cliente e como meio para alcançar as soluções para as dificuldades da pessoa. Segundo a OE o EEESMP para além de mobilizar-se a si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades no âmbito terapêutico que lhe permitem ao longo da sua prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais”, com vista a estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, ajudando o cliente a aumentar o insight sobre os seus problemas e a capacidade de encontrar soluções para os mesmos (OE, 2018).

Neste sentido, “a enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (OE, 2018, p: 21427)

Desta forma, o EEESMP, no desenvolvimento das suas competências específicas, tem como principal objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção da pessoa em processo de luto, promovendo a recuperação e a qualidade de vida da pessoa (OE, 2018)

1.4 INTERVENÇÕES DO EEESMP COM A PESSOA EM PROCESSO DE LUTO:

Para os autores Taverna e Souza (2014) o luto é um processo, um ferimento que necessita de cuidados.

Trabalhar a dor da perda é uma fase muito importante. Trabalhando o sofrimento causado, muito provavelmente a pessoa não irá prolongar o processo de luto (Taverna e Souza, 2014)

A perturbação de Luto prolongado (PLP) pode ocorrer em até 40% dos cuidadores familiares que perdem um familiar próximo. O Luto Prolongado (LP) está associado a inúmeros problemas psicológicos como solidão, isolamento social, ansiedade, humor deprimido, incapacidade cognitiva e stress pós-traumático (Toftthagen, Kip, Witt & McMillan, 2017).

Evidências atuais sugerem que a psicoterapia e os tratamentos farmacológicos podem ser úteis no alívio dos sintomas do LP, no entanto a evidencia não demonstra melhoria na adaptação e tratamento do LP (Toftthagen et al.,2017).

Para Barbosa et al., (2016), a intervenção no processo de luto assume essencialmente três tipos: Apoio (para a maioria dos enlutados revela-se suficiente), **Aconselhamento** (alguns enlutados carecem de cuidados mais formais, que lhes proporcionem momentos de reflexão sobre a sua perda e obterem orientação mais estruturada, normalmente em situações com risco ligeiro de desenvolver LP); **Atuação terapêutica** (Desenvolvida por profissionais de saúde da área de saúde mental e com formação de Luto, para pessoas com risco moderado/elevado de desenvolver LP, que necessitem de intervenção especializada).

Segundo os mesmos autores, citando Currier (2008), é preciso “Acompanhar, mais que tratar” e “a contenção/elaboração, mais que intervencionismo diretivo” pois a literatura indica que a maior parte das pessoas em processo de luto não precisam de um acompanhamento psicológico estruturado (psicoterapêutico), aliás, esse acompanhamento veio a revelar-se prejudicial em algumas situações (Barbosa et al., 2016)

Partindo do princípio que os enfermeiros que prestam cuidados ao utente e cuidadores dispõem de proximidade com o doente e família, estabelecem relações próximas com os clientes e seus

cuidadores, os quais dependem de enfermeiros para orientação e ensinamentos, mas também para apoio emocional durante todo o processo, facilmente se entende que estes profissionais estão privilegiadamente posicionados para acompanhar os cuidadores/familiares enlutados e identificar rapidamente os fatores de risco de luto prolongado direcionando para serviços específicos em caso de necessidade (Ono, 2013)

Fornecer cuidados paliativos eficazes, tratamento de sintomas e educação da pessoa e da família durante o processo de doença pode ajudar a prevenir o LP. Reconhecer a perda, envolver-se na escuta ativa e permitir que os cuidadores familiares expressem seus sentimentos e contem sua história são maneiras importantes para que os profissionais de saúde possam intervir no LP (Supiano, Andersen & Haynes, 2015)

Existem psicoterapias para o luto complicado que embora mostrem ser formas efetivas de tratamento, essas terapias não estão amplamente disponíveis e muitas vezes requerem um período de tratamento prolongado para produzir resultados. Dispondo o enfermeiro de proximidade para com os cuidadores informais e familiares do utente, mesmo antes do falecimento, é um profissional muito capaz de identificar situações de risco de desenvolver luto prolongado, podendo encaminhar para entidades específicas e ainda é capaz de intervir no imediato com intervenções ao abrigo das suas competências, prestando o apoio necessário em cada fase de luto vivenciado (Toftthagen et al., 2017).

Dirigir-se a sintomas psicológicos, como trauma, depressão e solidão, pode ser útil para indivíduos que experimentam um luto prolongado ou complicado. Evidências preliminares sugerem que as intervenções lideradas por enfermeiros de saúde mental podem ter um papel importante no tratamento do LP em cuidadores de pessoas em fim de vida, mas mais pesquisas são necessárias para apoiar tais intervenções (Supiano et al., 2015).

Para alguns autores, as intervenções terapêuticas que os profissionais de saúde podem e devem proporcionar baseiam-se na importância de comunicar, sendo a comunicação o alvo principal no relacionamento entre as pessoas, favorecendo o desenvolvimento da relação interpessoal entre profissionais e utentes. Essa relação, cria condições para os enlutados desenvolverem as suas capacidades de gestão de sentimentos. Os profissionais devem criar um espaço-tempo que permita a expressão de sentimentos e, por outro lado, devem ser promotores de confiança/ segurança com

quem necessita de cuidados. Assim as intervenções terapêuticas passam por oferecer momentos de escuta, boa comunicação, empatia e respeito durante o processo de cuidar. Caso isso não ocorra, os enlutados tendem ao isolamento completo, o que compromete de forma severa todo o processo de cuidar (Carvalho, Q., Cardoso, M. Oliveira, M. & Lúcio, I., 2006)

Segundo Supiano et al. (2015, p.270) as intervenções realizadas com a pessoa em processo de luto devem assentar em intervenções na área da comunicação / expressão de sentimentos, Psicoeducação sobre sofrimento normal e complicado, processo de luto normal e complicado e sentimentos mais comuns.

Estes autores defendem a realização de um programa de intervenção o qual decorre em aproximadamente 16 semanas de duração, com sessões de 120 minutos, individuais e grupais, nas quais se realizam as intervenções suprarreferidas. Os mesmos autores destacam a importância de a pessoa nas primeiras sessões recontar a história do seu luto, como tudo se processou, de forma a aumentar o insight do enlutado, a este processo estes autores denominaram de "revisitar a história da morte" e inclui a escuta ativa, executar a relação de ajuda, encorajar expressão de sentimentos, executar e disponibilizar apoio emocional, e ainda reforçam a importância dos ensinamentos sobre o luto (Supiano et al., 2015, p.270)

Este programa de intervenção permite a recontagem interativa da história de morte e a conversa imaginária com o falecido, permitindo em um ambiente seguro que a pessoa reviva o sucedido, facilitando a reconstrução da história de morte e da relação com o falecido de forma mais verdadeira, racional e sem tanta componente subjetiva, verificando-se um impacto positivo, como terapia não farmacológica, em pessoas em processo de luto complicado, apresentando uma progressão constante em direção à melhoria e aceitação da perda (Supiano et al., 2015)

Alguns estudos apontam a experiência em competência relacional dos profissionais, em saber apoiar, escutar, estar, conter, como pilares, de uma prática de excelência no luto, e são essas aptidões que fazem grande diferença nos resultados dos cuidados (Ono, 2013)

Os processos do luto normais são processos fluídos que a maioria das pessoas pode desenvolver sem a intervenção de profissionais de saúde. As pessoas sem fatores de risco de desenvolver LP, o enfermeiro pode orientá-las para grupos de suporte ou Apoio e Aconselhamento (associações de

grupos de apoio, espirituais e religiosos, entre outros). Só quando estamos perante uma pessoa com LP ou com risco moderado ou elevado de desenvolver LP, em que a pessoa é incapaz de ajustar-se/adaptar-se a vida sem o objeto/pessoa da perda, é que são necessárias intervenções psicoterapêuticas (Tofthagen et al., 2017)

Pessoas com risco de desenvolver LP podem ser orientadas para grupos de apoio psicossocial, que ajudam durante todo o processo de luto educando os participantes sobre padrões normais de luto. No entanto ainda há pouca evidência sobre o efeito benéfico das intervenções psicossociais no processo e tratamento do luto (Tofthagen, et al., 2017)

Intervenções precoces após a perda, aos cuidadores familiares enlutadas, realizadas por enfermeiros tais como: contato telefónico, acompanhamento e apoio emocional antes e após o falecimento, podem reduzir os sintomas de luto tais como a ansiedade, angústia e humor deprimido, mas ainda carecem de estudos mais aprofundados com maior nível de evidência (Tofthagen, et. al., 2017)

Intervenções psicoterapêuticas na área cognitivo-comportamental ajudam a reestruturar os seus pensamentos e crenças mal adaptativas e a diminuir cognições negativas (exemplo: concentrar-se na perda/problema e não nas soluções) e comportamentos de evitamento (Tofthagen, et. al., 2017)

Podemos concluir que se verificou nos diversos estudos analisados a necessidade de continuar a efetuar-se investigação sobre esta temática, tornando cada vez mais prioritário a estruturação deste tipo de terapia como um instrumento de intervenção na população.

Importante ainda referir que apesar de existirem vários profissionais de saúde dotados de competências na área da intervenção no processo de luto, os enfermeiros, principalmente os enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria podem ter um papel privilegiado na implementação deste tipo de intervenções terapêuticas.

2. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO:

Ao longo do percurso académico do presente ME na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica existiram momentos nos quais foi necessário realizar escolhas, tais como as que conduziram à decisão dos contextos onde realizar o Estágio I e Estágio II - Final.

Tendo em consideração a experiência profissional em contexto hospitalar e ainda em contexto de internamento psiquiátrico de agudos, a eleição focou-se na procura de aumentar o leque de conhecimentos e experiências. Pelo que as escolhas recaíram num serviço de Urgência Psiquiátrica da região de Lisboa e Vale do Tejo e numa UCC da mesma região, correspondendo ao Estágio I e Estágio II, respetivamente.

Uma vez que enquanto futuros EEESMP queríamos ter contato com a realidade de diversos contextos da realidade da saúde mental e psiquiátrica da nossa região, e conhecendo algumas das respostas fornecidas quer em contexto de internamento, quer em contexto de ambulatório, a procura de outras áreas prendia-se com o objetivo de aumentar a possibilidade de prestar cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e desenvolver o conjunto de competências previstas no âmbito referido. O Estágio I decorre no período de 6 semanas, sendo este um período que possibilita o desenvolvimento das competências suprarreferidas. Para além deste desejo, ambicionámos desenvolver o Estágio Final numa UCC de forma a conhecer e poder acrescentar conhecimento na área da prestação de cuidados de saúde mental na comunidade, o que contribuiria para a tomada de conhecimento das dinâmicas de trabalho, aperfeiçoamento dos processos de encaminhamento realizados, articulação entre serviços da comunidade e desenvolvimento de cuidados de Enfermagem de qualidade com um conhecimento acrescido acerca do funcionamento e respostas no âmbito da Saúde Mental existentes não apenas a nível hospitalar mas também comunitário.

O serviço que nos acolheu para a realização do **primeiro ensino clínico** foi um serviço de urgência geral com a valência de urgência psiquiátrica. O serviço em causa, encontra-se inserido num centro

hospitalar, constituído por três unidades, assim, constitui uma das três portas de entrada dos utentes da região abrangida pelo centro, sendo que é a única urgência com a valência da especialidade de Psiquiatria, pelo que para além dos utentes que dão entrada diretamente no serviço, ainda recebe os doentes das outras duas unidades do centro hospitalar, internados ou ainda em observação de urgência que carecem de avaliação psiquiátrica. Assim, para além da afluência habitual dos serviços de urgência, que tal como é de conhecimento geral, trabalham no limite e quase em rotura durante os meses de maior afluência há vários anos, os profissionais de saúde gerais (Enfermeiros e Assistentes Operacionais) que trabalham no limite da sua capacidade, muitas vezes sem dotações seguras e com excesso de horas, ainda prestam cuidados emergentes e urgentes à pessoa com doença mental.

A referida urgência teve um movimento assistencial total de 36977 episódios no ano de 2017, dos quais 3407 (9,21%) foram para a especialidade de Psiquiatria. Assim, em média deram entrada 9,33 utentes por dia que careceram de observação e acompanhamento psiquiátrico especializado.

De referir que os episódios atribuídos à especialidade de Psiquiatria não espelham o real Movimento Assistencial porque apenas considera as altas dadas pela mesma. No entanto, existe um número significativo de doentes transferidos de outras unidades para observação pela especialidade e ainda os utentes que não têm alta por ficar internados, que não são contabilizados neste Movimento Assistencial. O Enfermeiro que desenvolva as suas funções no serviço de urgência tem um papel fundamental no primeiro contacto com a pessoa com necessidades de cuidados de saúde mental.

Este serviço encontra-se aberto 24 horas por dia, apesar de que a especialidade de Psiquiatria funciona com Psiquiatra em presença física apenas 12 horas por dia (das 9 às 21 horas), 365 dias por ano.

O Serviço de urgência psiquiátrica tem como principal missão prestar cuidados de saúde diferenciados e especializados em todas as situações clínicas de risco súbito na pessoa com doença mental de forma a restabelecer o equilíbrio e o bem-estar da pessoa.

O serviço que nos acolheu para a realização do **segundo ensino clínico**, “Estágio Final”, foi uma UCC da região de Lisboa e Vale do Tejo, decorreu durante 18 semanas, compreendidas no primeiro semestre do segundo ano do curso de ME.

A referida UCC abrange e presta cuidados na comunidade a três concelhos, que em conjunto abrangem uma área geográfica de cerca de 143 km², com cerca de 30000 habitantes dos quais 16% são crianças e jovens entre 0 e 14 anos.

Aqui, encontra-se a exercer funções uma EEESMP que desempenha funções nas várias valências e áreas de intervenção desta unidade e ainda, desenvolveu em parceria com outras enfermeiras de UCC da mesma Administração Regional de Saúde (ARS), a consulta de enfermagem de saúde mental, um projeto que tem como finalidade promover a saúde mental ao longo do ciclo de vida, melhorar a acessibilidade de saúde mental à pessoa/famílias, contribuir para a deteção precoce e correto encaminhamento de pessoas com problemas de saúde mental e promover o desenvolvimento e o recurso a suportes comunitários na área de saúde mental, recorrendo às competências e intervenções do EEESMP.

Assim, esta unidade desenvolve várias atividades nas quais o EEESMP tem um papel ativo e relevante na comunidade, desde as consultas de saúde mental, às sessões de saúde escolar, reuniões e visitas domiciliárias da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), consultas e acompanhamento de crianças com necessidades de saúde especiais, participação em formações quer da UCC quer da ARS, e ainda da capacitação dos professores das escolas nas Competências Sócio Emocionais. O EEESMP da referida UCC desenvolve ainda cuidados especializados participando em reuniões de saúde escolar e de Crianças com Necessidades de Saúde Especiais nas escolas e colabora com a Equipa de Prevenção da Violência no Adulto e do Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco.

Mais uma vez, este percurso está sempre de “braço dado” com a aquisição de competências de EEESMP e de mestre. Foi com base neste objetivo fundamental que assentou a escolha, com a finalidade de poder prestar cuidados ao longo do ciclo de vida, à pessoa, família, grupos e comunidade na otimização e recuperação da saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto e prestando cuidados de âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

3. FASE METODOLÓGICA: APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO DESENVOLVIDO

Este projeto de “Consulta de enfermagem de saúde mental para a pessoa em processo de luto” articula um serviço de cuidados na comunidade com todas as valências da ARS local, abrangendo toda a população com idade igual ou superior a 18 anos que tenha sofrido uma perda real nos últimos 30 dias e que aceite frequentar as consultas de enfermagem específicas.

A metodologia utilizada para a realização do nosso projeto foi a metodologia de trabalho de projeto que se centra na resolução de problemas, compreendendo um conjunto de técnicas e procedimentos para estudar qualquer aspeto da realidade social, orientando e preparando o caminho que os intervenientes irão fazer ao longo da realização do projeto, acabando por servir como que uma “ponte entre a teoria e a prática” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.3).

Esta metodologia compreende 5 fases:

- Diagnóstico de situação e definição de objetivos;
- Planeamento das atividades, meios e estratégias;
- Execução das atividades planeadas;
- Avaliação;
- Divulgação dos resultados.

Foi assim realizada uma Revisão Integrativa da Literatura (resumo no apêndice XCV) a partir da pergunta de investigação “Quais as intervenções do EEESMP na prevenção de Luto Prolongado”, que foi efetuada com base no método PICO(D) em que o **P** é população, **I** é intervenção, **C** é contexto, **O** são os resultados obtidos, **D** é desenho ou tipo do estudo.

Assim seguindo o acrónimo temos:

(P) = Pessoas em Processo de Luto;

(I) =Intervenções do EEESMP;

(C) = Utentes da área de influência da UCC;

(O) = Prevenção de Luto Prolongado.

Os resultados obtidos serviram de base de sustentação para a elaboração de um Programa de intervenções específicas do EEESMP em consulta de seguimento de Luto, que foi disponibilizado para o serviço.

3.1 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO:

Tal como abordamos na Primeira Parte do Relatório, o envelhecimento da população é um dado demográfico que preocupa e traz problemas para as sociedades modernas (Paúl & Ribeiro, 2011). Essa longevidade faz acreditar que a morte apesar de ser uma certeza, é cada vez mais tida como tema tabu, com dificuldade em lidar com a mesma e passando a estar na maioria das vezes, envolta em muita emoção e sentimentos de não aceitação. Este tipo de sentimentos não leva apenas ao afastamento da morte cada vez mais acentuado, mas também ao esconder dos sentimentos que o luto provoca das famílias, comunidades e sociedades. Não sendo aceite a expressão natural e em público de esse tipo de sentimentos e emoções, passando a ser vividos de forma solitária, reprimida e escondida, o que contribui para o desconforto das repercussões do Luto, da perda. (Basso & Wainer, 2011).

As pessoas estão cada vez menos preparadas com a finitude humana (Basso & Wainer, 2011).

A prevalência do transtorno do luto complexo persistente é de 2,4 a 4,8% dos enlutados. É mais prevalente em indivíduos do sexo feminino do que nos do sexo masculino (DMS-5, 2014, p. 790).

Apesar de ser uma reação única e individual, a maioria das pessoas enlutadas (80-90%) ultrapassam a sensação inicial de descrença e progressivamente encara a perda como uma realidade, e em média, 6 meses após a perda, grande parte dos enlutados chegam a um nível de aceitação e

recuperam algum nível de funcionalidade, encaram no futuro a possibilidade de se relacionar com outras pessoas de forma satisfatória e conseguem retomar algumas atividades de lazer obtendo prazer das mesmas. Por esse motivo a maioria das pessoas enlutadas não constituem um motivo de preocupação clínica (Delalibera, et.al, 2010).

Para Boelen e Priegeron (2007, cit por Delalibera et. al, 2010), apesar de a maioria das pessoas enlutadas ultrapassarem a recuperarem a funcionalidade sem necessidade de intervenção de profissionais de saúde, existe ainda assim um número significativo de enlutados que desenvolvem sentimentos debilitantes e persistente incapacidade funcional, apresentando dificuldade de ajustamento à nova realidade, na maioria das vezes por se encontrarem fixos em determinada fase do processo de luto, passando a viver num “luto crónico”. Acredita-se que este luto quase estático pode dever-se ao facto de não conseguirem aceitar a perda como uma realidade e como tal, não conseguirem fazer adaptações na vida considerando a ausência da pessoa falecida, ou apresentarem sentimentos de culpa por aceitarem a morte e seguirem em frente.

Além de todas as implicações descritas, existem importantes implicações do luto sobre a saúde mental, estando na origem de perturbações depressivas, distúrbios de ansiedade, desespero, angústia marcada, entre outras (Delalibera, et.al, 2010).

Perante situações de doenças terminais, processos de doença complicada em que a morte se preveja como próxima, vários tipos de desafios podem estar a surgir para os profissionais de saúde, nomeadamente a possibilidade de lutos prolongados / complicados nos familiares da pessoa doente, assim importa ocorrer um diagnóstico atempado da situação com o objetivo de uma correta avaliação prévia das necessidades da pessoa moribunda e da família, de forma a planear intervenções que vão verdadeiramente de encontro com as reais necessidades da pessoa e família (Barbosa et al., 2016)

Barbosa & Neto, (2010) consideram ainda que quanto mais célere for a identificação das necessidades reais da pessoa enlutada, mais se garante uma intervenção de ajuda pertinente e realizada em tempo útil.

Esta incapacidade em lidar com a perda pode levar a sentimentos negativos prolongados e a não aceitação da mesma até um nível patológico, considerado um Luto prolongado. A Direção Geral de Saúde [DGS], criou em Abril de 2019 um Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos onde defende a importância de uma avaliação da pessoa que vivencia uma perda significativa, no sentido de avaliar o risco de desenvolver Luto prolongado e de acordo com o resultado, o correto

encaminhamento para serviços de saúde mental ou em casos mais severos, para locais com “intervenção indicativa” com unidades piloto de resposta ao Luto, onde se desenvolvem intervenções diferenciadas no Luto (Direção Geral de Saúde [DGS], 2019).

Segundo o Plano Nacional da Saúde Mental 2007-2016 a saúde mental é uma realidade cada vez mais presente e imprescindível a nível dos cuidados de saúde primários. Segundo o plano supracitado, umas das metas a serem alcançadas até 2020 são aumentar em 30% o número de ações no âmbito dos programas de promoção da saúde mental e de prevenção das doenças mentais. A nível da comunidade, a Enfermagem de Saúde Mental é fundamental na promoção da saúde e melhoria da efetividade dos cuidados prestados ao longo de todo o ciclo vital, permitindo detetar precocemente alterações na área de saúde mental, como por exemplo situações de Luto complicado. Neste sentido as necessidades da pessoa em processo de Luto, requerem uma avaliação por parte do EE em saúde mental identificando precocemente necessidades, que visam uma intervenção especializada adequada (DGS, 2017).

3.2 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS:

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

Enquadrando os objetivos na metodologia de projeto, estes assumem-se como representações que antecipam os resultados que se pretendem obter com determinada ação a realizar (Ruivo et. al, 2010)

Objetivo Geral:

- Promover a otimização ou recuperação da saúde mental da pessoa em processo de luto;

Objetivos Específicos:

- Implementar e realizar a Consulta de Enfermagem de Saúde Mental para a Pessoa com Luto (CESMPL);
- Ajudar a pessoa em processo de luto a criar estratégias adaptativas que lhe permitam otimizar e/ou recuperar a sua saúde mental;
- Melhorar a acessibilidade a cuidados especializados de saúde mental a pessoas inscritas na área de influência da UCC;
- Realizar intervenções específicas do EEESMP com pessoa em processo de Luto;
- Melhorar e promover a deteção, encaminhamento e tratamento precoce da pessoa com luto disfuncional;
- Promover o acesso a recursos, suportes e iniciativas de apoio disponíveis na comunidade, para pessoas com necessidades de saúde mental.

3.3 POPULAÇÃO ALVO:

Pessoas, com idade superior ou igual a 18 anos, em processo de Luto real, inscritas na área de influência de atuação da UCC.

3.4 PLANEAMENTO

Critérios de Admissão:

Este programa destina-se a todas as pessoas, com mais de 18 anos, da área de influência da UCC que estejam a vivenciar um processo de luto.

Critérios de Exclusão:

Recusa do utente.

Referenciação

A pessoa em processo de luto pode aceder ao programa de “consulta de enfermagem de saúde mental para a pessoa em processo de luto” de três formas distintas:

- Internamente na unidade: Referenciação da equipa de saúde, através do preenchimento da folha de referenciação interna, via SClínico (sistema de informação utilizado na UCC) dirigida à Enfermeira da UCC de Saúde Mental.

- Por referenciação externa de outros profissionais de saúde e/ou parceiro que considerem pertinente, através de carta ou contato telefónico com a unidade e dirigido à Enfermeira de Saúde Mental da UCC.

- Diretamente e pessoalmente na UCC.

3.5 EXECUÇÃO:

À Pessoa referenciada para a CESMPL, deverá ser-lhe agendada uma consulta no prazo de 15 dias úteis, a contar da data de realização do pedido.

A regularidade das consultas será de acordo com a necessidade da pessoa e capacidade do serviço, mas varia ao longo do tempo e progresso do plano terapêutico, podendo ir de uma consulta semanal, quinzenal, mensal ou com maior distanciamento, dependendo da fase de luto que a pessoa esteja a vivenciar.

As consultas são dirigidas à pessoa enlutada e família consoante a pertinência.

A pessoa será acompanhada durante o tempo necessário para a resolução da necessidade apresentada, podendo variar entre os 6 meses até 2 anos (situações mais graves e disfuncionais).

A alta será programada e acordada juntamente com a pessoa e/ou equipa.

Serão ainda realizados os contatos necessários, com instituições parceiras e outros profissionais no sentido de melhorar as possibilidades de recuperação de saúde mental, emocional, socioeconómica e reinserção familiar e laboral, ocupacional e social da pessoa.

Assim, numa primeira fase da relação de ajuda, na fase de orientação, deve ser feita uma avaliação inicial para poder ser estabelecido o diagnóstico de enfermagem, o foco de atuação, e posteriormente poder iniciar-se o planeamento das atividades do enfermeiro, e conseqüente implementação. A avaliação é a etapa final do processo, o que implica não só determinar se houve evolução no estado da pessoa cuidada relativamente aos resultados esperados, mas também reformular prescrições, se necessário. Não esquecer que as Metas/Resultados têm de ser determinadas pelo enfermeiro em conjunto com a pessoa e família (Amaral, 2010).

“As prescrições consistem na determinação, válida para toda uma equipa de enfermagem, das intervenções a serem efetuadas para modificar um determinado diagnóstico” (Amaral, 2010, p. 74).

Durante todo este processo, é necessário que o enfermeiro tenha em conta condições facilitadoras e inibidoras das respostas que podem ser desenvolvidas pela pessoa com doença mental e/ou família durante os processos de transição – condições pessoais, da comunidade e da sociedade (Meleis, 2010).

Assim de forma meramente orientadora iremos abordar as fases e objetivos gerais das consultas:

Consulta Inicial - Orientação: Colheita de dados / início da relação terapêutica com identificação das necessidades da pessoa).

Na primeira consulta, para além da Avaliação Inicial, ser-lhe-á aplicado o instrumento de avaliação preconizado pela DGS, “instrumento de avaliação de Risco no Luto” no qual se considera a presença de risco de PLP. (DGS, 2019).

Objetivos:

- ✓ Conhecer o utente;
- ✓ Dar início à relação terapêutica;
- ✓ Explicar ao utente o processo e contrato terapêutico;
- ✓ Identificar problemas e necessidades da pessoa/família.

Consulta Identificação:

Objetivos:

- ✓ Identificação das intervenções do cliente com base nos problemas identificados;
- ✓ Implementar as intervenções de enfermagem para modificar o diagnóstico estabelecido.

Consulta Exploração: Manutenção / Consolidação da Relação

Objetivos:

- ✓ Explorar focos e diagnósticos da pessoa;
- ✓ Consciencializar para os focos diagnósticos prioritários;
- ✓ Contribuir para a autonomia na satisfação das necessidades/resolução de problemas;
- ✓ O Cliente identifica o Enfermeiro como alguém que compreende e ajuda.

Consulta de Resolução: Termo/Separação

Objetivos:

- ✓ Avaliar a consecução dos objetivos propostos;

- ✓ Avaliar comportamento;
- ✓ Avaliar a autonomia;
- ✓ Analisar o contrato terapêutico.

Segue-se a tabela nº 1, onde são apresentadas algumas intervenções de enfermagem e seus objetivos e na tabela nº 2, algumas das atividades que devem ser desenvolvidas para a execução de dita intervenção, de acordo com a revisão sistemática da literatura realizada, no âmbito das competências do EEESMP, a serem desenvolvidas com a pessoa em processo de Luto. Foram ainda contempladas as intervenções definidas no Padrão Documental de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, para a pessoa com Luto Disfuncional (OE, 2019b), e tendo por base o documento da OE, CIPE– *Classificação internacional para a prática de enfermagem versão 2015* (OE, 2016) que visam orientar o EEESMP no desenvolvimento das suas consultas.

Para a definição das atividades a realizar para a concretização da intervenção em causa, foram tidos em conta como referência os livros: “*Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental – Mediante CIPE*” (Amaral, 2010) e “*Introdução à prática clínica: do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*” de Sequeira (2006).

Tabela 1: Intervenções de enfermagem e seus objetivos:

Foco de Enfermagem: Luto Disfuncional	Intervenções	Definição / Objetivo
	Escuta Ativa	A escuta ativa é uma intervenção que tem por finalidade ouvir as preocupações do doente, num contexto de participação e facilitação de débito de conteúdos e que por si só é benéfica. Deve ter-se em conta o local (lugar adequado, com privacidade, livre de ruídos e/ou interferências...) que promovam a relação terapêutica (Sequeira, 2006) Consiste numa escuta atenta, orientada para o problema e não deve ter por finalidade o diagnóstico de uma situação ou a implementação de outra intervenção que não da própria finalidade (Sequeira, 2006)

		Tem por objetivo prestar atenção e agregar sentido às mensagens verbais e não verbais do utente, numa interação formal (Amaral, 2010)
	Executar Relação de Ajuda	<p>A Relação de ajuda (RA) é uma relação na qual aquele que ajuda, fornece ao outro, condições que ele necessita tendo em vista a satisfação das suas necessidades humanas fundamentais.</p> <p>Conjunto de intervenções planeadas com a pessoa, implementadas em várias sessões procurando orientar soluções e avaliar alternativas. A mesma termina quando a pessoa apresentar possibilidades de resolução do problema de forma autónoma ou se verifique ineficácia na abordagem (Sequeira, 2006).</p>
	Disponibilizar / Executar Suporte Emocional	Oferecer segurança, aceitação e encorajamento ao utente durante períodos de desequilíbrio emocional, geradores de ansiedade e sofrimento (Amaral, 2010)
	Executar Programa de Ajuda Mútua	<p>Realizada através de grupos de autoajuda ou grupos de apoio terapêutico;</p> <p>Intervenção com longa tradição em muitos países no atendimento das necessidades relacionais do enlutado, são intervenções grupais para pessoas que partilham um mesmo problema e que, partilhando as suas experiências esperam diminuir o stress associado ao problema e aumentar as competências para lidar com o mesmo</p> <p>Procura incidir em todos os níveis de impacto do luto e tem como propósitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover a expressão de sentimentos (catarse); - Desenvolver autoconhecimento (ouvir o outro, sentimentos de empatia, perceber a necessidade de ajuda do grupo...); - Troca de vivências e estratégias adaptativas (aprender por modelagem); - Normalização e validação de vivências (“Não sou o único”); - Mitigar solidão (Pela pertença a um novo grupo/matriz); <p>Restabelecimento de esperança (“é possível superar a situação”) (Barbosa et al., 2016: p. 597).</p>
	Executar Reestruturação Cognitiva	Assistir e encorajar o utente a alterar padrões distorcidos de pensamento, de forma a facilitar e conseguir uma melhor compreensão de si mesmo e do mundo que o rodeia de forma mais realista, promovendo situações que desafiem a Auto percepção comportamental (Amaral, 2010).
	Ensinar Sobre Luto	Ensinar o utente na aquisição de conhecimentos, habilidades para uma correta decisão sobre cuidados de saúde. Ensinando as fases do processo de Luto / Pesar e as manifestações mais frequentes em cada uma das fases (Amaral, 2010).
	Vigiar / Avaliar Evolução do Luto	<ul style="list-style-type: none"> - Elogiar progressos; - Avaliar processo de luto permitindo avaliar eficácia das intervenções desenvolvidas, podendo reestruturar as mesmas em caso de necessidade (Sequeira, 2006)

Tabela nº 2: Atividades a desenvolver em cada intervenção:

	Intervenções	Atividades para concretizar esta intervenção
Foco de Enfermagem: Luto Disfuncional	Escuta Ativa	<ul style="list-style-type: none"> - Adequar a perceção e sensibilidade às emoções (facilitar interação com linguagem não-verbal); - Atender às palavras evitadas e à mensagem não verbal que a companhia a mensagem verbal; - Demonstrar interesse em executar as mensagens e sentimentos não expressos, bem como o conteúdo da conversa do utente (através da postura física); - Demonstrar o sentido da mensagem recebida, marcando o tempo de resposta, refletindo na sua compreensão (refletir sobre atitudes, experiências passadas e situação atual); - Encorajar expressão de sentimentos, pensamentos e preocupações (utilizando inclusive o silêncio); - Promover expressão de sentimentos permitindo que a pessoa expresse a sua dor, o seu sofrimento (Sequeira, 2006) - Estabelecer o propósito da interação (atender ao tom, tempo, volume e inflexão da voz); - Evitar barreiras ao escutar atentamente (preconceitos, pressupostos ou preocupações pessoais); - Identificar (esclarecer) a compreensão da mensagem por meio de perguntas e feedback (Amaral, 2010)
	Executar Relação de Ajuda	<ul style="list-style-type: none"> - Segundo Phaneuf (2005, Cit. Moura, Pereira, Monteiro, Pires & Rodrigues, 2014) as principais atitudes necessárias para a RA são: Aceitação, Respeito e Empatia; - Aceitação: Sentimento de abertura à experiência do outro, ao seu sofrimento e à sua maneira de ser sem exigência de mudança; -Empatia: Profundo sentimento de compreensão da pessoa que ajuda e que percebe a dificuldade da pessoa ajudada, como que colocando-se no seu lugar. Conhecendo os problemas do outro da forma mais clara possível, para tentar ajudar a resolve-los de acordo com as capacidades, estratégias e recursos de que o outro dispõe (Moura et. al, 2014). - Deve ser realizada em várias sessões e fases (Início da Relação; Fase de Identificação/Transição; Fase de Trabalho e Exploração; Fase de Manutenção e Término da Relação) (Sequeira, 2006).
	Disponibilizar / Executar Suporte Emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Encorajar e assistir o utente a reconhecer e expressar os sentimentos; - Analisar com o utente o desequilíbrio emocional; - Oferecer apoio (abraçar o utente ou tocá-lo, expressar oralmente apoio); (Amaral, 2010). - Encorajar o diálogo ou choro, como forma de reduzir a resposta emocional (Amaral, 2010)

		<ul style="list-style-type: none"> - Motivar a utilização de mecanismos de defesa apropriados (Sequeira, 2006)
	<p>Executar Programa de Ajuda Mútua</p>	<p>Os Grupos podem ser homogêneos ou heterogêneos consoante o tipo de perda e fase em que se encontra o luto.</p> <p>Alguns exemplos de intervenções terapêuticas grupais a desenvolver nas sessões:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recontar a sua vivência de luto em grupo; - Intervenções ocupacionais (tendo em conta os interesses do grupo); - Reaprendizagem de tarefas do quotidiano; - Orientação para a realidade envolvente; - Atividades culturais e de lazer; - Sessões de relaxamento; - Psicoeducação sobre o processo de luto (Barbosa et al., 2016)
	<p>Executar Restruturação Cognitiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Assistir o utente a compreender que a incapacidade em ter comportamentos desejáveis resulta geralmente de autoafirmações irracionais; - Assistir o utente a identificar o sistema de crenças que afeta e limita o estado de saúde; - Assistir o utente a identificar os fatores (situações, eventos, interações) que são geradoras de stress (levando-o a reconhecer as suas interpretações errôneas sobre os fatores de stress); - Assistir o utente a reconhecer a irracionalidade de uma crença, comparada com a realidade; - Assistir a utente a tornar autoafirmações irracionais em racionais; - Assistir o utente a verbalizar sentimentos negativos (Amaral, 2010).
	<p>Ensinar Sobre Luto</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar nível de conhecimento do utente sobre o processo de Luto; - Ensinar as fases do processo de Luto / Pesar e as manifestações mais frequentes em cada uma das fases; - Descrever ao utente sintomas e sinais mais frequentes em cada fase do processo de Luto; - Analisar com o utente o que ele já fez para controlar os sintomas; - Descrever as razões que fundamentam as recomendações sobre o controlo dos sintomas; - Informar família sobre o processo de Luto do utente; - Informar sobre possíveis complicações; - Oferecer tranquilização sobre a condição do utente; - Informar sobre recursos comunitários de apoio ao Luto; - Reforçar as informações oferecidas com distribuição de material de escritório (Folheto disponibilizado na Norma 003/2019 sobre o processo de luto) (Amaral, 2010).

	Vigiar / Avaliar Evolução do Luto	<ul style="list-style-type: none">- Através da aplicação de instrumento de avaliação padronizado para o processo de Luto, na Norma da DGS 003/2019, PGD 13 (DGS, 2019)- Observação e avaliação de outros focos de enfermagem diagnosticados com os sintomas associados ao processo de luto (Ansiedade, Insônia...).
--	--	---

3.6 AVALIAÇÃO

Após as intervenções terem sido implementadas deverão ser avaliados os resultados e para isso devem ser definidos os indicadores que serão utilizados. A avaliação do Projeto desenvolvido ocorre não apenas no final, mas também ocorre de forma contínua no decorrer do mesmo, permitindo uma reavaliação do caminho a seguir, com redefinição dos objetivos e estratégia/intervenções a desenvolver (Ruivo, et. al, 2010).

A avaliação pode ser realizada através de vários instrumentos de avaliação, desde a observação “desarmada”, até aos vários meios onde a informação é colhida de forma indireta (Ruivo, et. al, 2010, p: 28).

Aos profissionais de saúde cabe analisar e avaliar os mediadores do processo de luto, as situações de vulnerabilidade pessoal prévias ou determinadas pelo processo em que a perda sucedeu e prever as dificuldades que a pessoa possa vir a ter após a perda, que possam constituir aspetos dificultadores e assim aumentar a probabilidade da pessoa desenvolver respostas não adaptativas à perda, tais como a falta de acesso a recursos da comunidade (Barbosa et al., 2016).

Os profissionais de saúde dispõem de um conjunto de instrumentos validados para a população portuguesa, que avaliam não apenas as manifestações ou o risco de desenvolver complicações no processo de luto, mas ainda que nos permitem realizar o diagnóstico de PLP (Barbosa et al., 2016).

A Direção Geral de Saúde [DGS], criou em Abril de 2019 um Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos onde defende a importância de uma avaliação da pessoa que vivencia uma perda significativa, no sentido de avaliar o risco de desenvolver Luto prolongado e de acordo com o resultado, o correto encaminhamento para serviços de saúde mental ou em casos mais severos, para

locais com “intervenção indicativa” com unidades piloto de resposta ao Luto, onde se desenvolvem intervenções diferenciadas de intervenção no Luto (Direção Geral de Saúde [DGS], 2019).

Neste projeto, de acordo com o que a norma da DGS 003/2019, às pessoas em processo de luto, que necessitam de intervenção seletiva ou indicativa, deve ser aplicado o instrumento de avaliação da PLP - PG 13, também designado de forma original por: “Prolonged Grief Disorder (PGD)”, o qual utilizado e definido como instrumento de avaliação no projeto de intervenção.

O instrumento de avaliação da Perturbação de Luto Prolongado (PG-13) ou PGD, foi desenvolvido por Prigerson & Maciejewski em 2007, com base nos critérios consensuais para diagnóstico da Perturbação de Luto Prolongado. É composto por 13 itens descritivos de um conjunto de sintomas que devem persistir por um período mínimo de 6 meses e que estão necessariamente associados a um significativo distúrbio funcional (Delalibera, et al., 2010)

A primeira parte do questionário é constituída por 2 itens que avaliam a frequência do sentimento de ansiedade de separação, o terceiro item refere-se à duração deste sintoma. A segunda parte é composta por nove itens descritivos de sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais. A última questão é relativa à incapacidade funcional nas áreas social, ocupacional ou em outros domínios do funcionamento (Delalibera, et al., 2010)

Instrumento de avaliação de PLP (PG- 13)

- Composto por **13 itens** descritivos;
- Apresentam um conjunto de sintomas que devem persistir por um **período mínimo de seis meses;**
- Significativa **perturbação funcional;**
- Este instrumento apresenta os seguintes **critérios de cotação:**
 - a) Critério I, evento;
 - b) Critério II, ansiedade de separação;
 - c) Critério III, persistência dos sintomas;

- d) Critério IV, Sintomatologia afetiva, cognitiva e comportamental;
- e) Critério V, Perturbação do funcionamento social e ocupacional. (DGS, 2019).

Assim, a avaliação da aplicação do projeto de intervenção será realizada de forma quantitativa através da aplicação do PG-13 aos enlutados de forma periódica.

PARTE II

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE ADQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Nas Sociedades modernas, devido à inovação tecnológica e a novas formas de organização no trabalho, foram ocorrendo inúmeras transformações, que tornaram o mercado de trabalho cada vez mais instável e flexível, exigindo a implementação de modelos de formação adequados, baseadas em competências profissionais (Camelo & Angerami, 2013).

O setor de saúde, não ficou isento e em consequência a estas mudanças, as instituições necessitam de uma constante atualização das suas práticas, exigindo-se agora trabalhadores com um perfil diferenciado, com competência profissional específica para determinada função ou tarefa, para que se adequem às novas exigências do trabalho, garantindo assistência de qualidade, geradora de resultados positivos (Camelo & Angerami, 2013).

Os mesmos autores definem competência profissional como sendo uma “combinação articulada e complexa de habilidades e capacidades que são o resultado de uma síntese conceitual e funcional de aspetos teóricos, ligados a conteúdos disciplinares e à experiência atual” (Camelo & Angerami, 2013, p:553).

Dias, define o termo competência, do latim, “*competentia*”, como uma proporção, justa relação que significa aptidão, idoneidade, faculdade que a pessoa tem para apreciar ou resolver um assunto. No século XVIII amplia-se o seu significado para o nível individual, designando a capacidade devida ao saber e à experiência (Dias, 2010, p:74).

Segundo Camelo & Angerami (2013) a construção de competências profissionais assenta não apenas num processo de aprendizagem académico, mas também, em processos de aprendizagem mais informais, em momentos e espaços diferentes resultantes, muitas vezes, da prática.

No fundo, a competência profissional enfatiza a mobilização de recursos, conhecimentos ou saberes profissionais, ou seja, para se ser competente, não basta saber, é necessário que seja desenvolvido esse conhecimento teórico na prática, aplicado quando necessário em contexto (Dias, 2010).

O EE necessita de desenvolver certas competências para estar habilitado a prestar cuidados de enfermagem especializados nessa área. Todo o meu atual percurso formativo teve como objetivo o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESMP, bem como de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Benner (2001) na sua obra “De iniciado a perito” identifica cinco níveis de competência profissional, na prática clínica de enfermagem, através da aplicação do modelo de aquisição de competências de Dreyfus, assim podemos estar perante um enfermeiro com nível de competência:

- Iniciado: enfermeiro sem experiência prévia das situações que vai enfrentar, agindo a partir dos seus conhecimentos teóricos com dificuldade em discernir entre os aspetos relevantes e irrelevantes de uma situação, a aquisição da competência ocorre em áreas onde o indivíduo não possui compreensão da situação clínica;

- Iniciado avançado: enfermeiro que já teve oportunidade de atuar em várias situações no contexto de cuidados, conseguindo reconhecer os fatores significativamente envolventes que se replicam em situações semelhantes, mas apresentando dificuldades em dominar situações numa perspetiva mais ampla, necessitando de orientação de enfermeiros mais experientes;

- Competente: enfermeiro com conhecimento e capaz de fazer frente a imprevistos, conseguindo fazer uma análise consciente, abstrata e analítica do problema. Normalmente trabalha há dois ou três anos no mesmo serviço;

- Proficiente: enfermeiro que faz apreensão e compreensão das situações de um modo global, guiando a sua tomada de decisão por máximas. É capaz de aprender por método indutivo, através da experiência;

- Perito: enfermeiro com enorme experiência, o que permite compreender através da intuição cada situação, não necessitando de se apoiar em princípios analíticos (regras/protocolos), conseguindo

apreender de forma clara o problema. São enfermeiros facilmente identificáveis pelos pares ou pessoas cuidadas como profissionais capazes de resolver situações complexas.

O desenvolvimento de competências, depende de cada indivíduo, pois são os profissionais que se constituem como os principais agentes de mudança, dos seus saberes, e os contextos, são um imperativo ao desenvolvimento, permitindo ou condicionando o desenvolvimento dessas competências (Serrano, Costa, & Costa, 2011).

Trabalhar nos últimos 2 anos na área de saúde mental e psiquiátrica, mais especificamente 6 meses num internamento de agudos de psiquiatria e nos últimos 1.5 anos no serviço de ambulatório de psiquiatria, onde se desenvolve a consulta de enfermagem de saúde mental, permitiu-nos conhecer a realidade antes de ingressar no mestrado em enfermagem. Situando-nos segundo Benner (2001), num nível de competência “competente” o qual nos permite fazer frente a imprevistos, conseguindo fazer uma análise consciente, abstrata e analítica do problema, e tendo por base que a aquisição de competências não surge apenas de um momento, mas sim de uma construção contínua que tem por base um conjunto de saberes e vivências, e que cabe ao profissional o dever de desenvolver as mesmas, sendo este o principal objetivo deste capítulo.

Assim, o presente capítulo destina-se à análise de aquisição de várias competências: competências comuns do EE, competências específicas do EEESMP, assim como as competências de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, através da reflexão sobre os conhecimentos teórico-práticos adquiridos e consequente implementação dos mesmos na vivência de experiências desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos I e II, mas também ao longo de todo o percurso académico do Mestrado.

Para esta reflexão iremos ter por base as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista; no Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do EEESMP; e pelo definido pela Presidência do Conselho de Ministros no Decreto-Lei nº 65/2018, que regula as competências necessárias para a obtenção de Grau de Mestre.

No primeiro subcapítulo iremos apresentar a análise das competências comuns do EE, por sua vez no segundo subcapítulo consta a análise das competências específicas do EEESMP e no último subcapítulo a análise das competências do Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

4.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Os cuidados de saúde e conseqüentemente os cuidados de enfermagem, assumem cada vez mais uma importância crescente, com exigências técnicas e científicas mais marcadas, o que leva conseqüentemente a uma maior diferenciação e especialização dos cuidados, que abrange a generalidade dos profissionais de saúde (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019a).

Ao EE é-lhe atribuído qualificações profissionais distintas, de acordo com o nº 3 do Artigo 4º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (OE, 2015a), o EE 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 gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015a, p.99).

A atribuição do título de EE pressupõe, que para além das competências específicas a cada área de especialização, definidas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos profissionais, e as quais iremos abordar seguidamente (OE, 2019a)

Assim, as Competências Comuns do EE, envolvem as dimensões de educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, descodificação, disseminação de conhecimento e ainda conduzir investigação relevante que permita a evolução e a melhoria contínua da prática de enfermagem (OE, 2019a).

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Regulamento n.º 140/2019, DR, 2.ª série, N.º 26, de 6 de fevereiro de 2019 (OE, 2019a, p.4745), determina que estas assentam em quatro domínios e dentro destes quatro domínios foram definidas 9 competências comuns que o EE deve deter, independentemente do ramo em que desenvolveu a sua especialidade. Assim, definem-se como domínios e respetivas competências comuns as seguintes:

a) Responsabilidade profissional, ética e legal:

- a. Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
- b. Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Neste domínio, de acordo com o regulamento n.º 140/2019, o EE:

“Demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente”. (...) Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes” (OE, 2019a, p: 4746).

A deontologia é uma palavra que nos remete para o *Dever* e *Obrigaçãõ*. A Deontologia de Enfermagem pode ser considerada como um “Vasto” e “Poderoso” instrumento, que serve de base de fundamentação para a prática da profissão, de acordo com a OE, no seu documento “Deontologia Profissional de Enfermagem”. “Vasto” porque é completo e inclui as diversas dimensões da prestação de cuidados e as várias áreas de especialização da intervenção de enfermagem. É “poderoso” pois tal como qualquer lei do país, obedece à obrigatoriedade jurídica de a respeitar (OE, 2015b).

Considerando que a enfermagem é a profissão que na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados ao longo do ciclo de vida à pessoa e comunidade, os padrões éticos profissionais assentam no conceito moral básico que é a preocupação com o bem-estar das pessoas (OE, 2015b).

Reportando-nos à obra *Principles of Biomedical Ethics*, de Beauchamp e Childress, publicada em 1979, e que já conta com várias edições, na qual os autores construíram uma ética médica fundada em

quatro princípios: o respeito pela autonomia (respeitar o desejo de pessoas competentes), a beneficência (produzir benefícios), a não-maleficência (não provocar dano, nem ser cruel) e a justiça (distribuir com equidade), pretendem oferecer um esquema teórico, que permita identificar, analisar e solucionar os problemas morais enfrentados pelas profissões da área da saúde. Esta obra tornou-se um manual de referência para o ensino da ética médica no mundo (Angimon, I; Gauer, G; & Oliveira, M., 2009).

Assim, é com base num corpo ético e deontológico bem definido que o EE deve orientar e fundamentar as suas decisões e intervenções, na procura de melhor agir profissional e dos melhores resultados de saúde. O código deontológico deve servir de suporte à responsabilidade profissional que os enfermeiros assumem perante os cidadãos (OE, 2015b).

O Enfermeiro na sua prática diária, vê-se cercado de uma infinidade de situações, nas quais, embora assentes e fundamentadas numa responsabilidade ética e deontológica, lhe suscitam dúvidas quanto à tomada de decisão mais acertada em determinado contexto. A prática clínica em contexto de ensino clínico não foi diferente. No decurso de ambos os estágios, deparamo-nos com algumas situações concretas, nas quais a tomada de decisão constituiu em nós um dilema, ou por aparentemente violarem o princípio da autonomia, como no caso concreto dos internamentos compulsivos presenciados no primeiro local de estágio, ainda que conhecedores das leis que ressalvam estas situações; ou em situações vivenciadas no segundo estágio, nas quais a tomada de decisão suportada pelo princípio da beneficência, suscitava dúvidas quanto ao respeito pelo princípio da não maleficência (como no caso de eventual denuncia para retirada de menores do Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco no qual tivemos a oportunidade de estar presentes). Nestas situações, pudemos constatar que a reflexão no seio de uma equipa multidisciplinar verificou-se um aspeto positivo e facilitador da tomada de decisão mais acertada.

De acordo com as áreas de intervenção do Enfermeiro definidas pelo REPE, a atuação do enfermeiro na sua profissão, pode exigir tomadas de decisão de pequena complexidade, mas também, escolhas difíceis e com consequências maiores, dependendo do contexto (Nunes, 2016)

São as decisões mais difíceis e complexas que podem causar maiores dúvidas e sentimentos de culpa posteriores, mas esses sentimentos de culpa podem e devem ser aproveitados, pois podem ter

uma dimensão positiva, de crescimento e maturação profissional pela oportunidade de desenvolver autoconsciência e conseqüentemente tornando-se um profissional mais atento (Nunes, 2016).

Importa referir, que ao longo de todo o percurso académico, todas as atividades desenvolvidas tiveram por base a fundamentação ético-deontológica necessária, existindo o respeito pela autonomia, pela justiça, beneficência e não maleficência. Respeitando ainda as normas da veracidade, fidelidade, confidencialidade e privacidade necessárias às boas práticas de enfermagem, sustentando a mesma no cumprimento do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) e no REPE.

b) Melhoria contínua da qualidade:

- a. Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- b. Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- c. Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Neste domínio, de acordo com o regulamento nº 140/2019, o EE:

“colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional”. (...) “Reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua”. (...) O EE, considera ainda “a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco” (OE, 2019a, p:4747).

Para obter cuidados de enfermagem de qualidade, é necessário que os mesmos assentem num exercício seguro, profissional e ético. Todos os enfermeiros têm o dever de procura, em todo o ato profissional, a excelência do mesmo. O EE ao ser detentor de habilidades de tomada de decisão assentes num elevado conhecimento ético-deontológico e científico, terá ferramentas eficazes para a manutenção desta excelência. A avaliação continua das melhores práticas, permite ao EE, no decurso da sua atuação, nos vários contextos, ter por base algumas premissas consideradas fundamentais.

Uma das ações desenvolvidas durante o percurso acadêmico que contribuiu para o desenvolvimento da competência em análise foi a realização da Revisão Integrativa da Literatura acerca das intervenções do EEESMP com a pessoa em processo de luto. A realização da mesma contribuiu para que as intervenções implementadas neste âmbito fossem suportadas pela evidência científica atual disponível acerca da temática, conferiu suporte para processos de tomada de decisão, permitindo afirmar que desenvolvemos uma prática de qualidade na consecução do segundo domínio de competências comuns do EE em análise. Mas para além desta consulta, foi necessário ao longo de ambos os ensinamentos clínicos, a pesquisa e constante procura de conhecimento científico atual, que permitisse fundamentar a intervenção de enfermagem especializada, uma vez que não éramos dominadores de muitas das intervenções realizadas, tais como a Saúde Escolar.

As intervenções desenvolvidas, de acordo com o que o documento da OE que regula os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (2011) preconiza, assentaram “num quadro de referência para o exercício profissional de enfermagem especializada em saúde mental” que permitiram a “procura permanente da excelência do exercício profissional (...) o enfermeiro especialista em saúde mental contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados” (OE, 2011, p: 11)

No decorrer dos ensinamentos clínicos, garantir cuidados de enfermagem especializados e de qualidade que fossem de acordo com os indicadores e objetivos de cada serviço, foi sempre um fio condutor da nossa intervenção. No caso, a conceção e operacionalização de uma consulta de enfermagem de saúde mental para a pessoa em processo de luto, não só permitiu aumentar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e torna-los mais acessíveis, como irá permitir que a sua estrutura seja reavaliada para a melhoria contínua, pela monitorização das práticas, e em função dos resultados ponderar modificações ou implementação de outras, que a evidência científica demonstre maior efetividade.

A participação nas várias dimensões da intervenção de enfermagem especializada nos campos de estágio, obedeceu sempre a regras que tivessem em atenção a gestão do ambiente em função da pessoa, beneficiando a presença da família enquanto parte integrante dos cuidados sempre que fosse possível e respeitando a vontade do cliente.

c) Gestão dos cuidados:

- a. Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
- b. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Neste domínio, de acordo com o regulamento nº 140/2019, o EE:

“realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (...) “O EE, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019a, p:4748).

No domínio da gestão dos cuidados, destacamos a importância de ter podido não só presenciar, mas também, ser parte integrante da articulação com vários profissionais dentro da mesma organização, bem como com profissionais de outras organizações da comunidade, com o objetivo comum em prol da pessoa e sua família, na promoção da saúde mental e na prevenção da doença mental.

Ao longo deste percurso académico, verificou-se a implementação e desenvolvimento desta competência em gestão na prática diária da prestação de cuidados, com a gestão dos recursos existentes e a adequação dos mesmos às reais necessidades de cuidados da pessoa e da comunidade, mas também, com a implementação do projeto de intervenção.

Sendo um dos objetivos do projeto “melhorar e promover a deteção, encaminhamento e tratamento precoce da pessoa com luto disfuncional”, desenvolveu-se o espírito crítico e de autoconhecimento que nos permitiu o desenvolvimento e maturação do conhecimento dos nossos limites de atuação e assim, o correto encaminhamento/referenciação para outros profissionais mais especializados nas necessidades de cuidados identificados na pessoa, na procura da excelência do cuidar.

Uma das competências desenvolvidas ao longo do percurso académico prático e aprofundado no contexto profissional, foi a supervisão da delegação de tarefas, nomeadamente aos assistentes

operacionais, pois de acordo com o REPE, os enfermeiros podem “delegar tarefas em pessoal fundamentalmente dependente, quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de enfermagem” (OE, 2015a, p: 104).

O processo de liderança está principalmente orientado para a concretização de objetivos na área da organização, os quais devem ser conhecidos pelos colaboradores para que possam ser motivados a aumentar a produtividade, a atingir metas e a obter uma maior satisfação no trabalho (Fradique & Mendes, 2013)

Segundo a OE (2019a) o EE deve otimizar o trabalho de equipa, tentando sempre adequar os recursos de que dispõe, às necessidades de cuidados do serviço em causa.

O papel do líder, torna-se assim de extrema importância, pois é através dele que se favorece a criação de um ambiente de confiança, capaz de promover o desenvolvimento de competências dos colaboradores, resultando num melhor desempenho e maior colaboração (Fradique & Mendes, 2013)

No que concerne ao desenvolvimento da capacidade de liderança, acreditamos vir a desenvolver ainda mais esta competência no nosso dia a dia da profissão, trabalhando no desenvolvimento de projetos de melhoria contínua e constituindo cada vez mais, um elemento da equipa de referência e de motivação para a procura constante da excelência dos cuidados.

d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais:

- a. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- b. Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (OE, 2019a).

Neste domínio, de acordo com o regulamento nº 140/2019, o EE:

“Demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Revela a dimensão de Si e da Relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional (...) Alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (OE, 2019a, p:4749).

No que diz respeito às competências de autoconhecimento e assertividade, as mesmas foram adquiridas ao longo de todo o percurso académico, principalmente no decorrer de algumas unidades curriculares, como por exemplo “Desenvolvimento Pessoal”, “Relação de Ajuda”, entre outras, que foram fortemente impulsionadoras da aquisição desta competência que foi mais tarde, em contexto prático, alvo de desenvolvimento e maturação ao longo da prestação de cuidados e do estabelecimento de relações terapêuticas de ajuda.

De referir, que toda a nossa prática e intervenção, foi sempre baseada em evidência científica atual, resultado de muita pesquisa na literatura existente e do investimento pessoal contínuo.

Todo o processo de autoconhecimento permitiu-nos uma adaptação às novas situações desafiadoras e geradoras de stress, recorrendo às nossas próprias estratégias de coping eficazes.

Partindo do princípio que o profissional deve ser visto na saúde mental enquanto instrumento terapêutico de ajuda, estamos a possibilitar a oportunidade para este se reconhecer a si mesmo, como instrumento básico no cuidado, no sentido de facilitar o estabelecimento de relações mais humanizadas consigo mesmo e com os outros (Esperidião, Munari & Stacciarini, 2002).

Especificamente, no Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, na Unidade de Competência D2.1 – “Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho” (OE, 2019a, p: 4749) podemos afirmar ter tido, ao longo de ambos os ensinamentos clínicos, a oportunidade de adquirir e desenvolver esta competência, na medida em que foram realizados vários momentos de partilha de conhecimento, de formação de pares e equipas multidisciplinares, em várias áreas da prestação de cuidados do EE, mas principalmente na área da intervenção de Enfermagem de Saúde Mental com a pessoa em processo de Luto.

No primeiro campo de estágio foram realizados dois momentos de formação em serviço com o tema “A importância da capacitação dos enfermeiros do serviço de urgência no atendimento ao doente e família com comportamento suicidário” dirigido aos enfermeiros do serviço, baseando-nos na Direção Geral de Saúde, que afirma que a atitude dos profissionais de saúde para com as pessoas que tentaram o suicídio, nas quais se incluem os enfermeiros dos serviços de urgência, pode ser um fator de influência na reincidência em comportamentos suicidas (Direção Geral da Saúde [DGS], 2013)

No segundo campo de estágio, foram realizados dois momentos de formação em serviço relativos ao tema “A pessoa em processo de Luto - Norma da DGS 003/2019 - *Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos*”, na qual também tivemos um papel ativo, mais especificamente na divulgação e explicação da recente norma a todos os profissionais de saúde da respetiva ARS, inscritos na formação.

No mesmo ensino clínico, foi ainda desenvolvida uma outra formação, que tinha como público alvo os enfermeiros da respetiva ARS, intitulada “*Enfermagem de Saúde Mental, que respostas*”. Com o desenvolvimento desta formação para pares, não se pretendeu apenas divulgar as respostas existentes de saúde mental na própria organização, nomeadamente a consulta de enfermagem de saúde mental para a pessoa em situação de crise, já implementada pela enfermeira orientadora, como divulgamos a consulta de enfermagem de saúde mental para a pessoa em processo de luto, e ainda, divulgamos os serviços existentes de saúde mental e psiquiatria locais, formas de contacto e referência para os respetivos serviços, tendo em conta que desenvolvemos funções profissionais no respetivo departamento hospitalar.

Em síntese, podemos afirmar que as competências inerentes ao EE, que integram o Regulamento nº 140/2019, foram desenvolvidas e adquiridas com sucesso, através do conjunto de conhecimentos, atitudes, comportamentos e resultados demonstrados e obtidos na prática clínica especializada adotada, ainda que careçam de maturação e treino necessários ao desenvolvimento contínuo do conhecimento, só possível no decorrer da prática profissional.

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

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do EEESMP, publicado em Diário da República nº 515/2018, 2ª Série. Nº151 de 7 de agosto de 2018, as competências do EEESMP resultam do conjunto das competências comuns de EE e das competências específicas do EE, surgindo assim um

conjunto de competências especializadas que visam a promoção de um enquadramento regulador que as certifica e comunica aos cidadãos o que é possível esperar (OE, 2018).

De acordo com o mesmo regulamento, o EEESMP presta cuidados de Enfermagem diferenciados dos quais advêm ganhos em saúde para as pessoas alvo das suas intervenções, o EEESMP, “compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais” (OE, 2018, p:21427.).

O EEESMP para além de se mobilizar a si próprio enquanto instrumento terapêutico, desenvolve também vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico, que lhe permitem desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção de saúde mental, na prevenção de doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial. O EEESMP ao mobilizar competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, tem a capacidade de estabelecer relações de confiança com o cliente, aumentando o insight da pessoa para os reais problemas e ajudar a desenvolver a capacidade de encontrar novas estratégias de resolução dos mesmos (OE, 2018).

Assim, de acordo com o regulamento supracitado, as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, são quatro:

- a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
- c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;
- d) Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de

grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (Regulamento nº 515/2018, p: 21427).

Seguidamente, iremos analisar e refletir a aquisição de cada uma das competências, ainda que a análise da primeira surja de forma separada, por estar direcionada para o autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, e seguidamente abordaremos as restantes três competências, que serão analisadas de forma mais conjunta e não em sequência por estarem mais direcionadas para a prestação de cuidados de enfermagem ao cliente, quer seja, a pessoa, família, grupos ou comunidade.

O EEESMP “F.1 - *Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional*” (OE, 2018, p: 21427)

É fundamental que o EEESMP detenha conhecimentos de Si próprio, que conheça os seus limites, as suas capacidades... só assim será capaz de estabelecer uma verdadeira relação de ajuda que lhe permita realizar atividades psicoterapêuticas, psicossociais, sócio terapêuticas e psicoeducativas.

Tal como abordado nas competências comuns do EE, algumas unidades curriculares teóricas, merecem um importante destaque no desenvolvimento destas competências, por toda a reflexão pessoal que nos permitiram, ainda que no momento resultasse complicado e inclusive nos deixasse por vezes desconfortáveis, pois refletir de forma profunda sobre determinados assuntos já recalcados, apesar de nos proporcionar uma oportunidade de resolução e crescimento pessoal, causou sofrimento. Essa reflexão foi de extrema importância pois permitiu desenvolver competências específicas do EEESMP, ao permitir-nos refletir de forma mais crítica e com um olhar mais informado acerca da nossa própria forma de cuidar, podendo surgir sentimentos de culpa, tal como Nunes (2016) refere, esses momentos e sentimentos, podem e devem ser aproveitados, pois podem ter uma dimensão positiva, de crescimento e maturação profissional pela oportunidade de desenvolver autoconsciência e autoconhecimento, tornando-nos melhores profissionais (Nunes, 2016).

Não tenho dúvidas que o cuidar de ontem vai ser muito diferente do cuidar de amanhã, e isso contribui muito para a nossa formação enquanto EEESMP, mas também para o crescimento pessoal, pois nós só conseguimos modificar-nos assumindo que também erramos e que a mudança está principalmente em nós próprios. Somos sempre capazes de fazer mais e melhor.

Se o EEESMP se mobiliza enquanto instrumento terapêutico que visa ajudar a pessoa com perturbação mental e recuperar a sua saúde mental, este, deve não apenas deter um elevado conhecimento de si enquanto profissional, mas também enquanto pessoa. Tal como Carl Rogers afirma, só posso ajudar os outros quando detenho um elevado conhecimento de mim próprio, as leituras, as reflexões das entrevistas que tenho vindo a desenvolver, o que senti, o que pensei, contribuíram muito para o meu próprio autoconhecimento (Rogers, 1985).

Mais, o EEESMP deve deter um elevado nível de autoconhecimento e de consciência de Si, enquanto pessoa e enfermeiro, na medida em que deve gerir e identificar emoções e sentimentos que possam interferir na relação terapêutica com a pessoa, gerindo fenómenos de transferência e contratransferência. Assim, o enfermeiro ao conhecer e ter consciência destes processos, adequa a sua prática visando a manutenção da relação de confiança existente durante os processos da intervenção terapêutica.

Chalifour, refere ser na “expressão consciente das qualidades pessoais e profissionais que se situa a base de todas as suas intervenções. Em diversas situações de ajuda serão as suas qualidades humanas que se constituirão como os principais utensílios”. Assim, esta “expressão consciente” e as suas “qualidades humanas” quer pessoais, quer profissionais remete-nos uma vez mais para o autoconhecimento do enfermeiro e para o seu desenvolvimento pessoal (Chalifour, 2008, p.9-10)

Segundo Rogers (1985), a relação de ajuda, exige um tipo de transparência mútua, onde os sentimentos do profissional se mostram reais e evidentes para o cliente e por uma compreensão empática profunda que nos possibilita ver o mundo do cliente através dos seus olhos. Quando essas condições são alcançadas, tornamo-nos uma companhia para o cliente, acompanhando-o nessa busca assustadora de si mesmo.

Ao longo de todo o percurso académico, seja na componente teórica ou na prática, houve investimento, consciente ou inconsciente na aquisição e desenvolvimento desta competência. No

decurso dos estágios, invariavelmente a reflexão da prática diária estava presente, muitas vezes no momento, com o auxílio dos enfermeiros orientadores, que desempenham um papel fulcral no desenvolvimento das aptidões práticas, mas também, do desenvolvimento de autoconhecimento com a promoção de momentos de introspeção sobre o percurso desenvolvido. Enquanto enfermeiros esta será umas das mais importantes tarefas, pois sem a devida análise e reflexão sobre as nossas práticas, não conseguiremos constatar de que forma somos influenciados pelas vivências diárias e como estas moldam o nosso ser enquanto pessoa e enfermeiro. Chegando quase ao fim deste percurso, podemos concluir, que este desenvolvimento não chegou ao fim, pois o profissional muda, se transforma e matura de forma constante ao longo de toda a sua vida profissional e pessoal, exigindo uma reflexão constante sobre si.

De acordo com o Regulamento nº 515/2018, (p: 21427) o EEESMP **“F.2 - Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”; “F.3 - Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto”; “F.4 - Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”.**

Segundo o preâmbulo do regulamento supracitado, as intervenções do EEESMP “visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família, face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, etc.), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família”.

No decorrer dos ensinamentos clínicos, foi possível colocar na prática clínica, conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares teóricas e ainda basear a prática em saberes que houve necessidade de aprofundar. Durante o decorrer da prática clínica, houve inúmeros momentos promotores de aprendizagem e desenvolvimento de competências do EEESMP, assim como o desempenho de funções a nível profissional num serviço de consulta de enfermagem de saúde mental, revelou-se benéfico, uma vez que permitiu manter uma constante procura do saber científico e incremento de

conhecimento que fundamenta-se as nossas intervenções com a pessoa e sua família com problemas de saúde mental.

Foi sempre uma constante preocupação, iniciar o processo de intervenção com uma colheita de dados fidedigna e pertinente, junto do utente e com os recursos disponíveis. Esta recolha de informação, tal como definido pela OE (2018, p: 21428) permite uma “melhor compreensão do estado de saúde dos clientes, incluindo a promoção de saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental.” Este processo de colheita de dados e avaliação, exige um conjunto de técnicas e aptidões definidos no mesmo documento: “o processo de avaliação exige a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, da observação de comportamentos, de revisão dos registos, avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes” OE (2018, p: 21428)

Segundo Chalifour (2008) a relação de ajuda manifesta-se através da comunicação verbal e não verbal que se estabelece durante a entrevista entre o interveniente e o cliente. O interveniente durante o procedimento de comunicação, deve compreender todo o processo de comunicação humana e respeitar as suas regras de funcionamento. A partir da análise da interação o interveniente deve ainda ser capaz de realizar um julgamento crítico relativamente à pertinência das estratégias de comunicação utilizadas, em função dos objetivos pretendidos, e corrigir as mesmas em caso de necessidade.

Segundo o mesmo autor, a entrevista é constituída por um conjunto de:

“Interações verbais e não verbais entre o interveniente e o cliente onde se utilizam certos modos de fazer e estar, em função da compreensão dos seus papéis, do contexto, das suas características particulares, do conteúdo tratado, dos objetivos esperados e do tempo que acordaram para este fim” (Chalifour, 2008, p: 36)

De acordo com Peplau (1990, citado por Almeida et al., 2005) a intervenção do EEESMP deve iniciar-se sempre por uma fase de avaliação da situação que a autora definiu como *Fase de Orientação*, a qual visa identificar as necessidades do cliente. É durante esta intervenção que o cliente vai dando pistas a respeito de como percebe a dificuldade que está a vivenciar, permitindo ao enfermeiro a formulação de focos de intervenção.

Dando resposta ainda à unidade de competência F2.3 “Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos”, tive a oportunidade de desenvolver no decorrer do Ensino Clínico II, varias sessões de promoção de saúde mental e prevenção de perturbação mental na comunidade.

Ao abrigo das comemorações para assinalar o dia da Saúde Mental, foram programadas e realizadas sessões de promoção da saúde mental aos professores de um agrupamento de escolas de uma localidade, nas quais tive a oportunidade de participar, de entre as quais destaco uma sessão de Risoterapia.

De acordo com Carmona & González (2015) a Risoterapia é um tipo de intervenção psicoterapêutica, que pode ser desenvolvida por um terapeuta de saúde mental, detentor de formação específica, que desenvolve a través do riso, para além dos benefícios orgânicos já largamente demonstrados, um conjunto de benefícios tão procurados para a promoção da saúde mental, tais como a interação social, a expressão de sentimentos, promove desenvolvimento de momentos lúdicos, a melhoria do humor, aumento da autoestima, entre outros. Segundo as mesmas autoras, Risoterapia pode ser definido como uma técnica psicoterapêutica que produz benefícios mentais, físicos e emocionais mediante o Riso.

Foram ainda realizadas inúmeras sessões de promoção de saúde mental e prevenção de perturbação mental à população infantil, jovem e adolescente, ao abrigo do Programa Nacional de Saúde Escolar, mais especificamente indo de encontro ao preconizado no Manual de Saúde Mental em Saúde Escolar, para a Promoção de Competências Socio emocionais em Meio Escolar (Direção Geral de Saúde [DGS], 2016).

Este manual, visa ser um recurso pedagógico para facilitar a formação e implementação de um projeto promotor de saúde mental na Escola, orientado pela tipologia de programas de aprendizagem SEL (social and emocional learning). Estes programas devem estar incluídos nos programas nacionais de saúde escolar (DGS, 2015).

A promoção de Saúde Mental nas escolas é segundo o Programa Nacional de Saúde Escolar, o pilar da capacitação de crianças e jovens em promoção e educação para a saúde. Deve ser um projeto sequencial e continuo (DGS, 2016).

Para além das sessões de educação para a saúde mental realizadas aos alunos, que visam a capacitação dos mesmos em competências socio emocionais em meio escolar - SEL, promovendo desta forma o desenvolvimento de competências cognitivas, sociais e emocionais, fulcrais para o relacionamento, interação, autorregulação e gestão do afeto nas relações com os pares, permitindo estabelecer relações interpessoais satisfatórias e gratificantes, foram ainda, desenvolvidas sessões de formação acerca das SEL aos Docentes de várias escolas da área de intervenção da UCC onde decorreu o ensino clinico. Esta formação, visa capacitar os docentes para posteriormente serem os próprios a implementar as intervenções às crianças e jovens, fomentando a aquisição e desenvolvimento de SEL.

A investigação recente aponta para o aumento de problemas de saúde mental em jovens, mais, a exposição a fatores de risco na infância e na adolescência aumentam a probabilidade de desenvolver perturbações mentais no adulto. Partindo do principio que docentes e educadores influenciam fortemente o desenvolvimento e as aprendizagens do jovem e adolescente, torna-se importante, capacitar os mesmos de técnicas que lhe permitam ajudar a criança/jovem a desenvolver as suas competências SEL para permitir um desenvolvimento mais adaptativo (DGS, 2016).

Sendo a Saúde um parceiro importante das escolas, surge assim este programa no qual participamos de forma ativa e não apenas como observador.

Ao longo do ensino clinico I e II, as inúmeras consultas de enfermagem com a pessoa com perturbação de doença mental assim como as consultas de enfermagem de saúde mental com a pessoa em processo de luto realizadas, resultado da implementação do projeto de intervenção desenvolvido, permitiram desenvolver competências específicas que possibilitaram ao cliente a promoção e proteção da sua saúde mental, a prevenção da doença mental, o tratamento e a reabilitação psicossocial. Todas as intervenções foram antecedidas de uma análise dos dados colhidos e respetiva formulação dos diagnósticos de saúde mental. Este planeamento permite a formulação de resultados esperados com a implementação das intervenções planeadas. Foram realizadas e planificadas intervenções necessárias para a resolução do problema identificado.

Para uma correta intervenção terapêutica deve ocorrer a definição de diagnósticos de saúde mental de enfermagem à pessoa e família. Segundo Lopes (2018) a avaliação diagnóstica e a intervenção terapêutica são processos que ocorrem de forma simultânea, ao contrário do que muitos

autores referem, não é um processo separado, não ocorre uma avaliação diagnóstica seguida de um tempo para intervenção, estes dois processos mudam sistematicamente de acordo com os dados que se vão colhendo e incorporando à história do nosso cliente. Este procedimento dá ao processo uma estrutura gradualista incremental e espiral.

Este processo permite a nossa rápida resposta e redirecionamento da nossa intervenção durante a entrevista. Permite que adaptemos a nossa intervenção às respostas do nosso cliente no decorrer da consulta com o objetivo de estabelecer uma verdadeira relação de ajuda que possa ser benéfica quer para o utente quer para nós. De forma a que o cliente seja capaz de mobilizar as suas próprias estratégias e ferramentas para lidar com os seus problemas. Devemos não dar respostas, não somos a solução, mas sim, “as ferramentas, os instrumentos” para ajudar a pessoa a encontrar dentro do seu ser as estratégias que sejam capazes de ajudar a ultrapassar o seu problema.

As intervenções terapêuticas de enfermagem, podem ser entendidas como uma ação interventiva continuada no decorrer do processo de transição. Devem proporcionar conhecimento e capacidade àqueles que o vivenciam, desencadeando respostas positivas às transições, capazes de restabelecer a sensação de bem-estar (Guimarães & Silva, 2016).

Para a planificação de cuidados e realização do processo de enfermagem, foi utilizado o sistema de informação de saúde disponível em ambos os contextos práticos (em ambos os locais estava implementado o SClinico), foram ainda utilizados alguns instrumentos de avaliação, para ajudar na formulação de diagnósticos de saúde mental, não disponíveis no sistema informatizado, mas pertinentes e necessários em determinadas situações e contextos. Os mesmos encontravam-se disponíveis em formato papel. Um exemplo de um instrumento de avaliação que ainda não se encontra padronizado no sistema SClinico é escala PGD- 13.

Os Sistemas de Informação em Saúde, são uma mais valia, na medida em que permitem realizar todas as etapas do processo de enfermagem de forma mais célere, organizada, permitindo a redução do risco, pela continuidade dos cuidados, promovendo um sistema de saúde mais ágil. Os sistemas de informação em saúde são, cada vez mais, um instrumento de importância crítica, para o desenvolvimento de estratégias informacionais, na área da saúde. Espanha (2010), salienta a importância fulcral das tecnologias da informação e comunicação na sociedade, enfatizando as alterações de organização social.

De acordo com Paul e Reeves (2000) a prática de enfermagem é de natureza interpessoal, e os profissionais de enfermagem usam esse conhecimento ao longo do processo de enfermagem. Este pressuposto proporciona orientação e direção no uso do processo de enfermagem.

Sendo que o mesmo autor define processo de enfermagem como “Esquema subjacente que propicia ordem e direção ao cuidado de enfermagem. É a essência da prática de enfermagem, é o instrumento e a metodologia da profissão e como tal ajuda o enfermeiro a tomar decisões, a prever e a avaliar consequências” (Paul e Reeves, 2000, p:21).

Para dar resposta à última competência específica do EEESMP, F4 – *“Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”*, foi necessário recorrer e mobilizar cuidados psicoterapêuticos sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, para permitir que a pessoa fosse capaz de recuperar a sua saúde mental (OE, 2018).

Estas intervenções, segundo o descritivo da competência exigem do enfermeiro a capacidade para interpretar e individualizar estratégias através de atividades tais como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar e supervisionar (OE, 2018).

O processo de intervenção de enfermagem só estará completo quando implementadas as intervenções que visam a recuperação do cliente. Neste sentido, foram mobilizadas as intervenções necessárias para satisfazer as necessidades de saúde identificadas com os utentes acompanhados em ambos os contextos de ensino clínico.

De acordo com a Ordem do Enfermeiros [OE] (2011), Psicoeducação é uma forma específica de educação que visa ajudar a pessoa com perturbação mental a compreender a doença mental de forma clara e concisa, mas também visa que a pessoa, através do ensino, aprenda estratégias para lidar com a doença mental e seus efeitos.

As intervenções na área da Psicoeducação foram implementadas em ambos os contextos, foi realizada sobre questões de autocuidado, sobre a perturbação mental de cada cliente com o objetivo

de aumentar o insight, ensinar sinais e sintomas de alerta de recaída que devem motivar a procura de cuidados de saúde, tornando assim a pessoa mais responsável e consciente do seu processo de doença. Psicoeducação sobre uma correta higiene do sono, importância de exercício físico e seus benefícios para a saúde mental, regime terapêutico e medicamentoso, importância da adesão ao mesmo, entre outras.

Foi ainda desenvolvida, em vários momentos, intervenção Psicoterapêutica de Relaxamento de Jacobson e imaginação guiada, inseridas nos planos terapêuticos de alguns dos utentes acompanhados em consulta de saúde mental e da pessoa em processo de luto, que tiveram como objetivos, promover a diminuição de níveis de ansiedade e de stress.

Para a OE (2011), o Relaxamento é uma intervenção que ajuda a pessoa a relaxar, para atingir um estado de calma aumentado. Tem como principais objetivos reduzir os níveis de stress, ansiedade e raiva. Pode diminuir tensão muscular, frequência cardíaca e respiratória, tensão arterial entre outros benefícios para a saúde.

Dando resposta à competência F3.4.1 “Concebe estratégias de empoderamento que permitam ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental”, para além da realização em contexto de consulta, as sessões de relaxamento, foram ainda realizados ensinamentos e treinos à pessoa, fornecendo planos orientadores de forma a que a pessoa conseguisse realizar os mesmos no domicílio. Assim, não estávamos apenas a promover a diminuição da ansiedade à pessoa, como a estamos a capacitar de uma estratégia para se autocontrolar. Estamos a fomentar o *empowerment* da pessoa (OE, 2018, p: 21429).

Empowerment pode ser definido como um processo de reconhecimento, criação e utilização de recursos e de instrumentos pela pessoa, grupos e comunidades, em si mesmos e no meio envolvente, que se traduz num acréscimo de poder, permitindo ao sujeito aumentar a eficácia do exercício da sua cidadania (Pinto, 2011)

Podemos concluir, que com esforço e dedicação, as competências específicas do EEESMP foram adquiridas, estando atualmente em constante maturação. Importa referir que todas as decisões,

avaliações e intervenções foram discutidas com os enfermeiros orientadores e em determinadas situações com a equipa multidisciplinar em sede de reunião.

4.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

No âmbito do Mestrado em Enfermagem, de acordo com o Decreto-Lei nº 65/2018 publicado em Diário da República nº157/2018, 1ª Série. Nº 157 de 16 de Agosto de 2018, que precede à quinta alteração ao Decreto-Lei n.º 74/2006, prevê-se que este grau seja conferido aos que apresentem um conjunto de conhecimentos, saberes, capacidades e competências definidas no respetivo documento, e as quais serão apresentadas e analisadas detalhadamente.

Assim, o Grau de Mestre é conferido aos que demonstrem:

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

- i) sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

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

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

De acordo com a legislação em vigor, estas são as competências da pessoa detentora do grau de mestre nas várias áreas do conhecimento. Durante o percurso académico do mestrado em enfermagem tornou-se imperativo desenvolver as referidas competências, verificando durante a análise das mesmas, que a aquisição é realizada em simultâneo com a aquisição das competências comuns ao EE e as competências específicas do EEESMP, adquiridas ao longo de todo o percurso académico, com o contributo das unidades curriculares da primeira fase de estudos, mas também ao longo dos ensinamentos clínicos e com o culminar da redação deste trabalho.

Foram desenvolvidas capacidades de investigação ao longo de todo o percurso, seja em resposta à realização de trabalhos académicos preconizados para o ciclo de estudos, tais como revisões sistemáticas da literatura ou revisões integrativas da literatura, ou através de pesquisa informal para resolução de problemas do quotidiano da prática clínica fundamentando a nossa intervenção especializada, e ainda, na procura de conhecimento científico atual necessário para a construção de um projeto de intervenção em serviço.

Neste percurso, que agora se encontra mais perto da meta, mas não do fim, a reflexão revelou ser uma importante ferramenta na constituição do conhecimento que fundamente a nossa intervenção enquanto mestres em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, dando resposta à primeira competência. Este conhecimento, resulta da soma do conhecimento empírico que detemos enquanto enfermeiros com experiência profissional e dos que foram sendo apreendidos ao longo desta caminhada, revelando-se importantes contributos na aquisição de competências.

Para a aquisição da segunda e terceira competência de mestre, ao longo dos ensinamentos clínicos, foi sempre uma preocupação enquanto estudante, a necessidade de integração nas equipas multidisciplinares, detendo um papel ativo, de acordo com as nossas limitações. Esta integração verificou-se através da participação nos projetos desenvolvidos em ambos os contextos, no

envolvimento nos cuidados abrangentes e em equipa, participando em reuniões de serviço, ou com outras entidades da comunidade, tais como, reuniões multidisciplinares da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), reuniões das equipas de saúde escolar e de crianças com necessidades de saúde especiais, aplicando assim os conhecimentos adquiridos na resolução de problemas, em contextos alargados e multidisciplinares relacionados com a nossa área de estudo, emitindo juízos e refletindo sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais dos mesmos (Decreto-Lei nº 65/2018).

A divulgação e comunicação de conclusões, a partilha de conhecimento com os pares, revelou-se um desafio, concretizado através da realização de um Poster com o título “A Importância da Proximidade do Cuidar na Prevenção de Recaída” divulgado no X Congresso Internacional de “A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental - 2019: Novos Desafios em Saúde Mental”, e ainda, com a participação com uma comunicação livre nas Jornadas de Saúde Mental da Associação de Centros de Saúde do Médio Tejo, decorridas em Fevereiro de 2020, com a apresentação de um estudo de caso de uma utente que acompanhamos ao longo do segundo ensino clínico, e que visou demonstrar os ganhos em saúde mental e física de uma utente que foi acompanhada em consulta de saúde mental e que sofria um luto simbólico, com necessidade de ajuda na adaptação a um processo de transição da sua saúde física. O Título da apresentação foi: “CESM (Consulta de Enfermagem de Saúde Mental) Uma realidade”. Com esta divulgação de conclusões, foi possível desenvolver a quarta competência de Mestre.

A última competência que o mestre em enfermagem deve possuir, prende-se com a capacidade de aprender ao longo da vida, a pessoa detentora do grau de mestre, deve ser capaz de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo aumentar o seu conhecimento de forma constante, dando resposta às necessidades que for sentindo na sua prática profissional. Uma das formas de fortalecer o conhecimento que permitem uma atuação fundamentada, em diferentes contextos, passa pela construção do mesmo de forma autónoma e contínua. A frequência no curso de mestrado não confere todo o conhecimento, mas fornece aos que o frequentam e concluem, as ferramentas imprescindíveis, para que sempre que necessário, encontre as soluções para o seu problema. Deste modo, o mestre em enfermagem é capaz de perante um problema, para a qual este não possui suficiente fundamentação, ir em busca das fontes de conhecimento e evidencia científica que lhe permitem dar resposta a referida questão.

Estas competências, permitem ao mestre em enfermagem conceber, prestar, gerir e supervisionar cuidados de enfermagem e em simultâneo, ser capaz de analisar os resultados de forma a comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, contribuindo para o desenvolvimento e disseminação da investigação em enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório procurou descrever o trabalho desenvolvido durante este percurso formativo, refletindo o desenvolvimento pessoal e profissional, que demonstram a aquisição de conhecimentos e competências inerentes à aquisição de Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica que lhe permitem uma intervenção especializada, capaz de promover a melhoria da qualidade dos cuidados com recurso à investigação e a uma prática baseada na evidência, cumprindo sempre com referenciais éticos e deontológicos.

Este relatório pretende assim, refletir o percurso desenvolvido ao longo dos estágios e descreve o desenvolvimento pessoal, profissional e académico que consideramos ter atingido com a sua concretização.

A primeira parte do relatório incidiu no desenvolvimento do projeto de intervenção em serviço: “Consulta de Enfermagem de Saúde Mental para a Pessoa em Processo de Luto”, criada e implementada numa UCC da região de Lisboa e Vale do Tejo, mas que poderia ser implementada em qualquer serviço com as devidas adaptações necessárias, cujo objetivo geral é “Promover a otimização ou recuperação da saúde mental da pessoa em processo de luto”.

Segundo a DGS (2019) cerca de 43% das pessoas que preenchem os critérios de PLP têm acesso a apoio especializado no luto, demonstrando subutilização dos cuidados de saúde. Segundo a Direção Geral de Saúde, esta subutilização deve-se na maioria dos casos a uma escassa sensibilidade no diagnóstico do risco de PLP e ainda ao estigma associado à necessidade de apoio no luto, acreditando-se que o luto é um processo natural e que não carece de qualquer acompanhamento ou intervenção (DGS, 2019).

Segundo Barbosa, et al., (2016), estes valores estão associados ao fracasso de clínicos e pesquisadores em reconhecer a singularidade da experiência de luto. Os profissionais envolvidos no

cuidar, devem possuir competências básicas que lhes permitam a promoção da autoconsciência, com reflexão sobre a sua atitude perante a doença, morte e luto – premissa de qualidade nos serviços.

Meleis (2010) sugere que na adaptação da pessoa a uma nova situação, num processo de transição, o enfermeiro deve fazer o acompanhamento na decisão, mas com a dupla responsabilidade de ajudar o indivíduo a identificar fatores vários que possam interferir com a sua decisão, capacitando-o na sua adaptação e ao mesmo tempo, autolimitar-se, no sentido não interferir no momento da decisão, respeitando a vontade do indivíduo no seu processo de mudança e ajuste.

O EEESMP deve avaliar a situação da pessoa alvo de cuidados, tentando ao máximo identificar as mudanças que um processo de transição pode trazer ao indivíduo, tendo em consideração que as respostas desenvolvidas são influenciadas pelos contextos, situações vivenciadas e por diversos fatores (Meleis, 2010).

“As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por EEESMP, diminuindo significativamente a grau de incapacidade que estas perturbações originam” (OE, 2018, p: 21427).

A segunda parte do relatório, incide sobre uma análise reflexiva sobre a aquisição das competências comuns de EE, de EEESMP e as de mestre.

Para sustentar esta atividade os enfermeiros, devem desenvolver a sua prática com base na evidência científica, necessitando de fundamentação teórica que auxilie nos processos de compreensão dos fenómenos e na intervenção especializada. Na compreensão dos fenómenos que decorrem no objeto de intervenção do enfermeiro pensamos que a Teoria das Transições é explicativa dos processos que ocorrem durante as mudanças ao longo ciclo de vida, e nas alterações do estado do cliente alvo dos nossos cuidados. Para auxiliar na compreensão dos moldes em que ocorre a interação escolhemos um modelo teórico de relação de ajuda profissional. É referido a importância da enfermagem especializada na promoção da saúde mental, prevenção da doença mental e na recuperação e de que forma podemos conceber uma consulta que vá de encontro a estes objetivos.

Nesse sentido foi esquematizada a consulta de enfermagem especializada, com os componentes principais onde se realça a importância da utilização de uma base científica para dar visibilidade à

enfermagem enquanto ciência e profissão. Com uma base metodológica, a investigação levou à realização de uma revisão integrativa da literatura, onde se evidenciou a importância dos enfermeiros de saúde mental com a pessoa em processo de luto, com alguns estudos a identificarem os enfermeiros como peças chave na qualidade dos cuidados especializados.

As limitações do estudo relacionam-se com a necessidade de existir um intervalo temporal superior para implementar a consulta de enfermagem especializada, que permita a análise dos resultados, tecendo conclusões sobre mesmos, promovendo a elaboração de um programa de melhoria contínua. A intenção futura passará pela implementação da CESMPL e paralelamente conduzir um projeto de investigação, que venha reforçar a importância fulcral da intervenção dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica com a pessoa em processo de luto, capaz de promover a saúde mental, prevenindo a doença mental e promovendo a reabilitação psicossocial da pessoa.

Pensamos que os objetivos do trabalho foram alcançados, refletindo-se nas aprendizagens desenvolvidas, nomeadamente ao nível da operacionalização do projeto, desenvolvimento de trabalhos com rigor metodológico, de investigação e interesse, tanto para a prática clínica como para o desenvolvimento profissional. Estas aprendizagens permitem refletir a aquisição de Competências EE, do EEESMP e de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, havendo a reflexão do nosso crescimento pessoal e profissional, capaz de gerar cuidados especializados de qualidade à pessoa com processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental, mas também a toda a pessoa, na promoção e manutenção da sua saúde mental. As dificuldades sentidas foram sendo superadas pela resiliência, empenho e dedicação, que culminam na conclusão do relatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, S & Minayo, M. (Junho, 2013), Uma releitura da obra de Elisabeth Kubler-Ross. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (9) : 2729-2732.
- Almeida, F., Lopes, O. & Damasceno, C. (2005). *Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum*. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Rev Esc Enferm USP), 39 (2), 202 – 210.
- Amaral, A. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental – mediante a CIPE*. Mem-Martins: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.
- Angimon, I; Gauer, G; & Oliveira, M. (2009). *Bioética e Psicologia*. Porto Alegre. Adipucrs
- American Psychiatric Association [APA] (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM V - 5ª Edição*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Barbosa, A. & Neto, I. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos (2ª Edição)*. Lisboa, Portugal: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Barbosa, A.; Pina, P.; Tavares, F. & Neto, I. (2016). *Manual de Cuidados Paliativos (3ª Edição)*. Lisboa, Portugal: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Basso & Wainer, (janeiro - junho, 2011). Luto e Perdas Repentinas: Contribuições da Terapia-Cognitivo-Comportamental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas* (Vol 7, nº 1). P. 35-43.

- Belcher, J. & Fish, L. (2000). Hildegard, E. Peplau. In George, J & colaboradores, *Teorias de Enfermagem* (4ª Ed. – 45-58). Porto Alegre: Artmed editora.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Camelo, S. & Angerami, E. (Abril-Junho de 2013). Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, V. 22(2). p: 552-560.
- Carmona, M. & González, L. (2015). La risoterapia como complemento a otras terapias médicas. *Revista de Enfermería Castilla y Leon*, V. 7 - Nº 1, p: 73-79.
- Carvalho, Q. Cardoso, M. Oliveira, M. Lúcio, I. (set./dez. 2006). Malformação Congênita: Significado Da Experiência Para Os Pais. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 5 (3) p. 389-397.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica - Os Fundamentos Existencial-Humanistas da Relação de Ajuda*. Volume 1. Loures: Lusodidacta.
- Chick, N, & Meleis, I. (1986) *Transitions: A Nursing Concern*. In *School of Nursing Departmental Papers*. University of Pennsylvania.
- Delalibera, M. Coelho, A. Barbosa, A. None, S. (Fevereiro de 2010). Estudo de adaptação e validação do instrumento de Avaliação do Luto Prolongado para a população portuguesa. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia Universidade do Minho*, Portugal. p. 1246-1262.
- Dias, I. (Janeiro/Junho de 2010). Competências em Educação: conceito e significado pedagógico. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, SP. V. 14, Nº 1, p: 73-78.

- Direção Geral da Saúde [DGS] (2013). *Plano Nacional de Prevenção de Suicídio*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar – 2016*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2016). *Saúde Mental em Saúde Escolar – Manual para a promoção de Competências Socioemocionais em Meio Escolar*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2019). Norma DGS n. 003/2019 de 23 abril 2019 - *Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.
- Espanha, R. (Novembro de 2010). *Adenda à Análise Especializada: Tecnologias de Informação e Comunicação – Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Lisboa, Portugal: Alto Comissariado da Saúde.
- Esperidião, E.; Munari, D. & Stacciarini, J. (Julho-agosto, 2002). Desenvolvendo pessoas: estratégias didáticas facilitadoras para o autoconhecimento na formação do enfermeiro. *Rev Latino-am Enfermagem*; Nº 10(4):516-522.
- Fradique, M; & Mendes, L. (Julho de 2013). Artigo De Investigação: Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. Série III, Nº 10, p: 45-53.

- Guimarães, M., & Silva, L. (2016). Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem. *Journal de Dados*, Rio de Janeiro. Disponível em: <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Hickman, J. (2000). Introdução à Teoria de Enfermagem. In George, J & colaboradores, *Teorias de Enfermagem* (4ª Ed. – 11-20). Porto Alegre: Artmed editora.
- Kubler-Ross, E. (1969) *On death and dying*. New York: Scribner.
- Lopes, M. (2018). *European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century, Principles of Specialty Nursing*. Forming and Maintaining Interpersonal Relationships. Suíça: Springer International Publishing. P. 247-257. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4_19
- Meleis, A (2010). *Transitions theory – Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer publishing company.
- Moraes, P., Lopes, O. & Braga, B. (2006). Componentes funcionais da teoria de Peplau e sua confluência com o referencial de grupo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19 (2), 228 – 233.
- Moura, C. Pereira, I. Monteiro, M. Pires, P. & Rodrigues, V. (Junho, 2014). *Novos Olhares a Saúde*. Portugal, Universidade de Trás os Montes e Alto Douro.
- Nunes, L. (2016). Os limites do agir ético no dia-a-dia do enfermeiro. *Revista Servir*, 59(2), pp. 7-17.
- Ono, W. (2013). Relationships among actions, antecedents, and outcomes of grief care for bereaved caregivers: Surveying visiting nurses throughout Japan. *Japan Journal of Nursing Science*. 10, 212–222

- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Acedido a 12 de Janeiro 2020 em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)* - Alterado e republicado pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (Maio, 2016). CIPE– *Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Edição Portuguesa -Versão 2015
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Lisboa: OE, Publicado em Diário da República - Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto. Diário da República, nº 151/2018 - 2ª série.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: OE, Publicado em Diário da República - Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República, n.º 26/2019 - 2ª série.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (Janeiro, 2019b). *Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Padrão Documental de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Guarda, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Paul e Reeves (2000) Visão Geral do Processo de Enfermagem. In George, J & colaboradores, *Teorias de Enfermagem* (4ª Ed. – 21-32). Porto Alegre: Artmed editora.

- Paúl, C. & Ribeiro, O. (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa – Porto, Portugal: LIDEL - Edições Técnicas, Lda.
- Pinto, C. (2011). *Representações e práticas do Empowerment nos trabalhadores sociais* (Tese de Doutoramento em Ciências Sociais na especialidade de Política Social). Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas Universidade Técnica de Lisboa. Lisboa, Portugal.
- Presidência do Conselho de Ministros (2018). *Decreto-Lei nº 65/2018 publicado em Diário da República nº157/2018, 1ª Série*. Nº 157 de 16 de Agosto de 2018, 4162- 4165
- Ramos, V. (25, setembro, 2016). O Processo De Luto. *Portal dos Psicólogos*. p.1646-6977.
- Ri, D., Bispo, W. & Santos, M. (2007). *Uma proposta interacionista: cuidando do portador de transtorno mental no domicílio*. Tesis Doctoral. Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis.
- Rogers, C. (1985). *Tornar-se Pessoa*. Psicologia e Pedagogia, Moraes editores, 7ª ed.
- Ruivo, M.; Ferrito, C., & Nunes, L., (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1–38. <https://doi.org/ISSN 1646-5067>
- Santos, Z. M., Oliveira, V. L. & Pagliuca, L. M. (2004). *Teoria de Peplau: Análise crítica da sua aplicação no cuidado de uma pessoa com diagnóstico de ansiedade*. Revista RENE Fortaleza, (nº 5 - 2), 110 – 117.
- Santos, E; Marcelino, L; Abrantes, L; Marques, C; Correia, R; Coutinho, E. & Azevedo, I. (2015). *O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®*. Millenium, 49. Pp. 153-171.

- Sequeira, C. (2006) *Introdução à prática clínica: do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Porto, Portugal: Quarteto Editora.
- Serrano, A., Costa, A., & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(3), pp. 15-23.
- Silva, C. (Janeiro, 2018). Luto: uma descrição sobre os processos de elaboração do enlutado. *Revista FAROL – Rolim de Moura – V. 6, Nº. 6*, p: 61-48.
- Supiano, K. Andernen, T. & Haynes, L. (dezembro, 2015). Sudden-On-Chronic Death and Complicated Grief in Bereaved Dementia Caregivers: Two Case Studies of Complicated Grief Group Therapy. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, nº 11: p 267–282
- Taverna, G. & Souza, W. (2014). O Luto e suas Realizades Humanas diante da Perda e Sofrimento. *Caderno Teológico de PUCPR*, Curitiba, V2, Nº1, p: 38-55.
- Toftagen, C. Kip, K. Witt, A. Millan, S. (1, junho, 2017). Complicated Grief Risk factors, interventions, and resources for oncology nurses. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*. 21(3):331-337.
- Townsend, M. RN, MN, CS. (2009). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica - conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*. (6ª Edição). Loures: Editora Lusociência.
- Zagonel, I. (Julho 1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista Latino-americana Enfermagem* - v. 7 - n. 3 - p. 25-32.

APÊNDICES

APÊNDICE XCV- RESUMO DO ARTIGO CIENTÍFICO: INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL COM A PESSOA EM PROCESSO DE LUTO

**INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
SAÚDE MENTAL COM A PESSOA EM PROCESSO DE
LUTO**

REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

**INTERVENCIONES DEL ENFERMERO DE SALUD MEN-
TAL CON LA PERSONA EN PROCESO DE LUTO**

REVISIÓN INTEGRAL DE LA LITERATURA

**INTERVENTIONS OF THE MENTAL HEALTH SPECIALIST
NURSE WITH THE PERSON IN THE GRIEVING PROCESS.**

INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

Joana Alves, mestranda em S. Mental e Psiquiatria, Instituto Politécnico de Portalegre

Co-autores:

Professor, **Jorge Almeida**

Resumo: Luto define-se como “reação característica a uma perda significativa”, seja essa perda real ou simbólica. As pessoas estão cada vez menos preparadas com a finitude humana e esta incapacidade em lidar com a perda pode levar a sentimentos negativos prolongados e a não aceitação da mesma até um nível patológico, considerado um Luto prolongado (LP), que pode ocorrer em até 40% das pessoas enlutadas. **Objetivo:** Identificar intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental com a Pessoa em Processo de Luto. **Metodologia:** foi realizada uma revisão da literatura, através da pesquisa em bases de dados e motores de busca (EBSCO, B-on, PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde). Foram utilizados os **descritores:** Enfermagem, Saúde Mental e Luto. **Resultados:** fornecer cuidados paliativos eficazes, tratamento de sintomas e educação da pessoa e da família durante o processo de doença, pode ajudar a prevenir o LP. Reconhecer a perda, envolver-se na escuta ativa e permitir que os cuidadores familiares expressem seus sentimentos e contem sua história são maneiras importantes para que os profissionais de saúde possam intervir no LP. **Conclusões:** dispendo o enfermeiro de proximidade para com a pessoa e com a família, é um profissional capaz de identificar situações de risco de desenvolver luto prolongado, sinalizando e intervindo no imediato na prevenção do luto patológico.

Descritores: Enfermagem, Saúde Mental e Luto.