



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde  
Mental e Psiquiátrica  
Relatório de Estágio**

**Sobrecarga do Cuidador Informal: Intervenções  
Especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e  
Psiquiátrica**

**Daniela Filipa Cortez Ribeiro Ferreira Caridade**

---

**Lisboa  
2021**



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde  
Mental e Psiquiátrica  
Relatório de Estágio**

**Sobrecarga do Cuidador Informal: Intervenções  
Especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e  
Psiquiátrica**

**Daniela Filipa Cortez Ribeiro Ferreira Caridade**

---

Orientador: Professor Doutor Joaquim Manuel de Oliveira Lopes

---

**Lisboa  
2021**

## PENSAMENTO

“...a relação terapêutica em ESMP é, via de regra, compreensível como um **cuidado-em-si**, no qual o enfermeiro de ESMP se oferece relacionalmente como um “outro” na procura do estabelecimento de uma relação pessoal/profissional que, no limite, se poderá vir a tornar, para o utente, numa nova experiência relacional, mais sanígena, e na possibilidade do crescimento pessoal daí decorrente”

Joaquim Manuel de Oliveira Lopes  
(Lopes, 2020, p.247)

## AGRADECIMENTOS

Antes de finalizar esta caminhada, quero agradecer às pessoas que direta e indiretamente me ajudaram nesta conquista.

Aos que mais ativamente estiveram presentes neste percurso:

- ☞ Aos cuidadores informais por se terem disponibilizado a receber-me em suas casas e confiaram no meu profissionalismo;
- ☞ Ao Professor Dr. Joaquim Lopes, poucas são as palavras que lhe posso dirigir por todo o apoio dado na orientação da estrutura, transmissão de conhecimentos, disponibilidade, paciência e motivação nesta jornada;
- ☞ Ao Enf.º [REDACTED] pelo apoio, disponibilidade, conhecimentos partilhados e motivação para ultrapassar os obstáculos na aplicação do projeto e à Enf.ª [REDACTED] pela oportunidade de aprendizagem e orientação no internamento;
- ☞ Às restantes equipas da UCC e internamento que me auxiliaram a detetar a população-alvo e desenvolver as competências de EEESMP;
- ☞ Aos meus colegas de curso, em especial à Sandra, ao André e à Rafaela pelas partilhas e apoio constante durante todo o percurso de aprendizagem;
- ☞ Aos meus colegas de trabalho, em especial ao Joaquim Carvalho e à Luiza Benatti que me incentivaram, me fizeram acreditar em mim, nunca me deixando desistir, me apoiaram e auxiliaram sempre que precisei;
- ☞ À Enf.ª Ângela, pela ajuda na gestão laboral e processo de aprendizagem;
- ☞ À minha mãe que nunca deixou de tentar motivar-me demonstrando com amor e paciência, a força e coragem com que normalmente encaro cada fase de minha vida. À minha irmã pelo apoio e ajuda sempre que precisei. Ao meu pai, irmão e padrinhos por acreditarem sempre em mim e na minha capacidade de trabalho. Aos meus sobrinhos por me fazerem sempre sorrir principalmente quando o percurso foi mais intenso;
- ☞ Aos amigos que me acompanharam e apoiaram neste processo;
- ☞ À Dra. Sara, um agradecimento especial, pelo trabalho, tão importante, que tem realizado comigo e pela motivação ao longo deste processo.

O meu sincero, muito obrigada, a todos!  
Com vocês ao meu lado, tudo é possível.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS**

**ACES** – Agrupamento de Centros de Saúde

**APA** – American Psychological Association

**AVD's** – Atividades de Vida Diárias

**BD's** – Bases de Dados

**C1, 2, 3, 4, 5, 6** – Cuidador 1, 2, 3, 4, 5, 6

**CDE** – Código Deontológico do Enfermeiro

**CI/CI's** – Cuidador Informal/Cuidadores Informais

**CIPE®** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CPCJ** – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**ECCI** – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

**EEEMC** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**EEER** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

**EEESMO** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

**EEESMP** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**EEESC** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária

**Enf.º/a** – Enfermeiro/a

**ESMP** – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**EAAH** – Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton

**ESCZ** – Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**MCAF** – Modelo Calgary de Avaliação na Família

**NANDA®** – North American Nursing Diagnosis Association

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**PNSM** – Programa Nacional para a Saúde Mental

**RIL** – Revisão Integrativa da Literatura

**SM** – Saúde Mental

**SMP** – Saúde Mental e Psiquiátrica

**SNS** – Sistema Nacional de Saúde

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade

**UCSP** – Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

**UE** – União Europeia

## RESUMO

Este projeto tem como tema principal a “Sobrecarga do Cuidador Informal: Intervenções Especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica”.

O aumento do envelhecimento na população portuguesa vem potenciar a necessidade de cuidados informais. Sendo que existem atualmente cerca de 827 mil cuidadores informais em Portugal é pertinente perceber se estes vivem em sobrecarga e, caso a resposta seja afirmativa, qual o grau de sobrecarga em que vivem. Para além disso, é importante definir as intervenções exequíveis para dar respostas às suas necessidades. Assim, este projeto visa dar resposta ao descrito anteriormente.

Teoricamente foi realizada uma revisão integrativa da literatura e aplicada uma metodologia de projeto.

Na prática, a identificação do diagnóstico de situação foi realizada com cuidadores informais de pessoas dependentes em regime ECCI. Os fatores que despoletam necessidades de intervenção, foram apurados após colheita de dados numa entrevista semiestruturada com a realização de genograma, ecomapa e preenchimento das Escalas de Sobrecarga de Zarit e da Ansiedade de Hamilton.

Das evidências recolhidas, sugerem-se intervenções psicoterapêuticas e psicoeducacionais individuais e de grupo. No terreno, verifica-se que os cuidadores apenas aceitam as sessões individuais no domicílio. Denota-se uma falha na literatura sobre que intervenções são eficazes sobre a sobrecarga do cuidador. No entanto, pode constatar-se, na prática, que intervenções psicoterapêuticas, psicoeducacionais, de aconselhamento, massagem com recurso a óleos essenciais e biblioterapia têm efeitos positivos não só sobre a intervenção como nos scores das escalas avaliadas no início e fim da intervenção com cada cuidador.

Por fim, torna-se premente o desenvolvimento de mais intervenções e estudos que permitam justificar as intervenções adotadas, como dar resposta ao aumento das necessidades de cuidados na comunidade e uma diminuta disponibilidade de atuação pelos profissionais de saúde por falta de tempo e recursos.

Palavras-chave: cuidador familiar, sobrecarga, enfermagem psiquiátrica, saúde mental, conjunto de intervenções.

## **ABSTRACT**

The main theme of this project is the "Informal Caregiver Overload: Specialised Interventions in Mental Health and Psychiatric Nursing"

The increase in ageing in the Portuguese population enhances the need for informal care. As there are currently around 827,000 informal caregivers in Portugal, it is urgent to ascertain if they live in overload and if so, what is the degree of that overload.

Additionally, it is important to define viable interventions for informal caregivers needs. Hence this project has the purpose to respond to what was previously described.

Theoretically, an integrative research review was conducted, and a project methodology was applied.

In practice, the diagnosis identification of the situation was carried out with informal caregivers for people dependent on integrated long-term care team. The factors that trigger intervention needs were calculated after data collection in a semi-structured interview with genogram, ecomap and filling up the Zarit Overload Scales and Hamilton Anxiety.

From the evidence collected, individual and group psychotherapeutic and psychoeducational interventions are suggested. In the field, it appears that caregivers only accept individual sessions at home.

There is a gap in literature about which interventions are effective on caregiver burden. However, it can be seen in practice that psychotherapeutic, psychoeducational, counselling, massage with essential oils and bibliotherapy interventions have positive effects, not only on the intervention but also on the scores of the scales evaluated at the beginning and end of the intervention with each caregiver.

Finally, it is urgent to develop more interventions and studies to justify the interventions adopted, such as responding to the increase in care needs in the community and a limited availability of action by health professionals due to a lack of time and resources.

Keywords: family caregiver, burden, psychiatric nursing, mental health, patient care bundles.

# ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	11
<b>1ª PARTE – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO</b>	13
1. PROBLEMÁTICA	13
2. REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1. Doença Crónica	15
2.2. Cuidador Informal	17
2.3. O fenómeno da Sobrecarga do Cuidador Informal	19
2.4. A Sobrecarga do Cuidador Informal como foco de atenção do EEESMP	24
2.5. Um olhar disciplinar sistémico sobre a Sobrecarga do Cuidador Informal – o modelo de sistemas de Betty Neuman	25
3. CONTEXTO DE ESTÁGIO	27
4. QUESTÕES DE PARTIDA	29
5. OBJETIVOS	29
6. METODOLOGIA DE PROJETO	30
6.1. Diagnóstico de Situação	30
6.1.1. População Alvo	30
6.1.2. Caracterização da população e avaliação das necessidades	30
6.1.3. Síntese do diagnóstico de situação	34
6.2. Planeamento	35
6.3. Intervenção	43
6.4. Avaliação	47
6.5. Divulgação de Resultados	51
6.6. Questões éticas	51
<b>2ª PARTE – ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b>	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64

## **APÊNDICES**

Apêndice I: Cronograma

Apêndice II: Consentimento Informado

Apêndice III: Guião da Entrevista

Apêndice IV: Folheto “Os óleos essenciais como mediadores na intervenção de enfermagem na gestão da perturbação de ansiedade”

Apêndice V: Folheto “Biblioterapia e... Arteterapia”

Apêndice VI: Folheto “GinasticaMente”

Apêndice VII: Trabalho “Os óleos essenciais como mediadores na promoção do relaxamento e gestão terapêutica especializada de enfermagem em doentes com sintomatologia ansiosa”

Apêndice VIII: Trabalho “Promoção do autocuidado como intervenção especializada em ESMP”

Apêndice IX: Pedido de autorização para a aplicação de instrumentos em Projeto de Especialidade

## **ANEXOS**

Anexo I: Escala da Sobrecarga do Cuidador de Zarit

Anexo II: Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1: Objetivos do projeto de intervenção	29
Gráfico 2: Diagnósticos de Enfermagem - CIPE®, identificados na intervenção	35
Gráfico 3: Avaliação, inicial e final, da Sobrecarga e Ansiedade	50

## INTRODUÇÃO

No decorrer do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, várias foram as atividades desenvolvidas e as experiências vividas tanto na etapa teórica do curso como nos estágios realizados.

O conhecimento e as competências que o estudante de mestrado em ESMP deve adquirir e desenvolver no seu projeto deve ter sempre em conta os objetivos da especialidade. Para isso é necessário ter em atenção a problematização de uma área de estudo que vise investigar, identificando as competências do enfermeiro (enf. <sup>o</sup>) especialista em ESMP (EEESMP), que deverá desenvolver em articulação com as competências do grau de mestre, tendo sempre em conta os aspetos éticos e deontológicos do seu projeto de intervenção e aprendizagem, bem como as características dos contextos de estágio.

Tendo em conta o descrito supra este relatório de aprendizagem, surge dividido em duas partes: na 1ª parte relata-se o Projeto de Intervenção desenvolvido num serviço de comunidade e na 2ª Parte, realiza-se uma Análise Reflexiva da Aquisição e Desenvolvimento de Competências de EEESMP e a conclusão deste relatório.

A 1ª parte deste relatório reflete as bases teóricas em que o projeto foi desenvolvido em contexto de estágio, tendo em conta a revisão integrativa da literatura realizada com base na problemática previamente identificada. Na sequência das questões de partida “Existem, na população abrangida pelo contexto de estágio, cuidadores informais em sobrecarga?” e “Quais as intervenções de enfermagem em ESMP que podem ser desenvolvidas para aliviar a sobrecarga dos cuidadores informais que são abrangidos pelo contexto de estágio?” e da utilização da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (ESCZ) adaptada para a população portuguesa desde 2010, e que permitiram a identificação da sobrecarga do cuidador na prática comunitária ao longo da aplicação do projeto, assim como aplicar as intervenções mais eficientes e baseadas na evidência mais robusta para dar resposta às necessidades identificadas com cada cuidador informal (CI).

Apesar de ser uma temática que tem vindo a ser abordada e desenvolvida na literatura nos últimos anos e que tem vindo a ser verificada no terreno, ainda se encontram sérias lacunas, tanto na literatura como no panorama de prestação de cuidados de saúde nacional. Este projeto de intervenção foi então desenvolvido no

sentido de dar resposta às necessidades detetadas dos cuidadores informais (CI's) em sobrecarga, almejando dar uma resposta integrada, baseada na evidência e personalizada às necessidades identificadas quer na literatura, quer na prática de cuidados durante o estágio comunitário. Para justificar a ação, o relatório foi desenvolvido com uma base teórica sustentada por pesquisas bibliográficas em BD's científicas e públicas, bem como em bibliografia, tendo sido desenvolvida, para o efeito, uma revisão integrativa da literatura (RIL). Estando a enfermagem intrinsecamente ligada ao seu quadro teórico, a intervenção planeada apoiou-se na Teoria dos Sistemas de Betty Neuman e também no Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF). Por estes dois modelos de pensamento e intervenção fornecerem importantes ferramentas para a avaliação e intervenção familiar, foram utilizados com o objetivo de perceber como o CI, enquanto sistema único, reage perante os stressores e como os gere protegendo a sua linha de defesa, sem que estes afetem a sua estrutura base, gerando a sobrecarga. A metodologia de projeto permitiu estruturar as necessidades e as intervenções a realizar com cada elemento que integrou o projeto, sempre com o objetivo de diminuir o nível de sobrecarga, aumentando a sua saúde mental (SM), e dotar cada CI de estratégias para lidar com as alterações decorrentes da necessidade de se ser cuidador.

As intervenções selecionadas para atuar perante o CI com sobrecarga e necessidades de atuação, tiveram em conta as suas preferências e a evidência existente ou não sobre as mesmas, a sua aplicabilidade e sucesso comprovado, de forma a dar resposta não só ao desenvolvimento do bem-estar mental e físico do CI em sobrecarga, como também ao desenvolvimento do projeto com base nas competências do EEESMP e no dever do enf.º para com a comunidade.

Na 2ª parte deste relatório, é apresentada uma análise reflexiva da aquisição e desenvolvimento das competências comuns, específicas e de mestre do EEESMP, na qual são abordadas as mais variadas experiências de desenvolvimento profissional ao longo de todo o percurso de mestrado. É ainda nesta parte que o relatório é finalizado através das considerações finais.

O presente relatório é redigido pelas normas APA. A 1ª parte está dividida em 6 capítulos e a 2ª parte pela análise de competências e pelas considerações finais.

# 1ª PARTE – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

## 1. PROBLEMÁTICA

Segundo o inquérito nacional de saúde com exame físico (2017), a doença crónica atinge cerca de 58% da população portuguesa, o que equivale a cerca de 4 milhões de pessoas, que afirmam ter pelo menos uma doença crónica. Atualmente a população portuguesa é, segundo o Ministério da Saúde (2018), uma população envelhecida, que se depara frequentemente com um aumento da doença crónica na sua vida e por conseguinte existe um paulatino aumento da demanda de cuidados de saúde.

Nos países europeus, verifica-se que as doenças crónicas são responsáveis por 80% da mortalidade das pessoas. A sua incidência e prevalência é condicionada por vários fatores de risco sociais e individuais. Assim, com o objetivo de evitar a perda de qualidade de vida ou morte, é necessário instruir quem cuida para os fatores de risco, incentivando a promoção da saúde e a prevenção da doença (Ministério da Saúde, 2018).

Segundo o Eurocarers (2020) estima-se que entre 2013 e 2060, haja um aumento de pessoas dependentes em Portugal de 8,5% para 13,4% da população total, um aumento de 57%, superior ao aumento médio da União Europeia (UE) de 36%. Prevê-se assim que de 0,89 milhões de pessoas que vivem com grandes limitações devido a problemas de saúde em 2013, este aumento de 57% até 2060 atinja 1,1 milhões de pessoas. Segundo dados estatísticos, calcula-se que a dependência da velhice medida em pessoas com mais de 65 anos, passará de 32,0% para 69,3%, sendo que na UE atingirá os 55,3%. De 2010 a 2060 a expectativa de vida, tenderá também a aumentar cerca de 5% em cada género.

De acordo com a informação do Relatório de Envelhecimento, sabe-se que o gasto público aumentará de 0,5% para 1,4% até 2070, no entanto este aumento poderia ir até aos 458% se houvesse uma mudança na assistência de cuidados a longo prazo em Portugal de informal para formal (Eurocarers, 2020).

Sousa et al. (2020) também refere, na relação entre o envelhecimento populacional, o aumento da incidência e prevalência de patologias associadas não só aos dependentes mas também aos cuidadores, a necessidade de se intervir cada vez mais na capacitação dos cuidadores informais para a prestação de cuidados, bem

como, para as estratégias e intervenções a adotarem para gerirem a sua própria sobrecarga e outros sintomas que possam daí advir por forma a conseguirem a sua diminuição, estimulando a manutenção da sua saúde mental.

Ao se falar de saúde mental, é importante referir que nos dados de prevalência de perturbações psiquiátricas, Portugal é o segundo país europeu com maior prevalência de doenças psiquiátricas, sendo as perturbações da ansiedade aquelas que apresentam uma maior taxa de prevalência (Ministério da Saúde, 2018). Para se promover a saúde mental, o programa nacional de saúde mental da DGS (2017), prevê como metas e orientações para 2020, o aumento em 30% de ações que promovam a saúde mental e a prevenção de doenças mentais. Para que tal aconteça é necessário garantir uma eficaz implementação de políticas que apoiem a promoção, prevenção e tratamento das afeções mentais, o desenvolvimento de programas de intervenção precoce com a cooperação de vários setores, por forma a reforçar a produção e recurso aos conhecimentos baseados na evidência e a partilha de conhecimento sobre boas práticas associadas à saúde mental. Deste modo, através de uma postura de promoção, prevenção e tratamento o EEESMP poderá capacitar-se com ferramentas que permitirão ajudar os CI's de pessoas com doença crónica.

A doença crónica foi assim escolhida para a tipologia do utente que é cuidado, uma vez que apurei no estágio de observação, que a prevalência de CI's a prestar cuidados a pessoas com doença crónica não mental, é francamente superior à de utentes com doença mental. Ao dirigir o tema para qualquer doença crónica, pode-se incluir também a doença mental. Esta escolha permitirá atuar com CI's variados, não focando a intervenção no tipo de patologia do utente que está a ser cuidado, mas na área de interesse de estudo, a saúde mental do seu cuidador. Ao não limitar o tipo de CI, encaminho o projeto para metas preconizadas no PNSM pela DGS (2017), nomeadamente de reduzir o impacto da sobrecarga emocional, enquanto possível causa da origem de uma perturbação mental, contribuindo para a promoção da saúde mental da população. Promover-se-ão cuidados próximos das pessoas promovendo a colaboração entre os utentes, famílias e comunidades, facilitando assim a interligação dos cuidados primários ao sistema geral de saúde mental. Deste modo, pretende-se melhorar o acesso aos cuidados e agilizar uma efetiva resposta aos pedidos de ajuda evitando recorrentes institucionalizações por parte dos utentes e dos seus cuidadores que, quando em sobrecarga, veem diminuídas as suas competências para o desenvolvimento do seu papel.

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

Com o objetivo de dar resposta à problemática, o enquadramento teórico deste relatório baseia-se numa RIL. A escolha das palavras-chave permitiu a pesquisa de artigos em motores de busca nacionais e internacionais, entre eles, *Medline*, *CiNHAL*, *B-on*, *Psychology and behavioral sciences collection* e *Cochrane clinical answers*, como também na literatura cinzenta onde teses e relatórios relacionados com a temática, também permitiram o respetivo desenvolvimento e justificação da mesma.

Da pesquisa das bases de dados (BD's) apura-se uma diminuta amostra de referências entre os anos 2010-2020. Nem todos os artigos estão em inglês ou português e nem sempre têm todo o artigo disponível para consulta, por isso estes foram um critério de seleção para poderem ser utilizados. Dos 15 artigos encontrados nas BD's apenas 10 puderam ser analisados, sendo que, na prática, apenas 8 artigos foram úteis para abordar as temáticas, apesar de ter encontrado alguns outros artigos e documentos em sistemas simples de pesquisa que abordavam o tema e puderam contribuir para o seu aprofundamento. A pesquisa em livros sobre a temática, tornou-se também muito útil no desenvolvimento do relatório e na fundamentação teórica do mesmo, principalmente no que diz respeito aos conhecimentos aprofundados por vários autores em Portugal e das intervenções já por estes pesquisadas e utilizadas.

Os conceitos principais apresentados, em seguida, de doença crónica, cuidador informal e sobrecarga, permitirão uma estruturação da base teórica deste relatório e estabelecer ligação a um modelo teórico e à prática de enfermagem.

### 2.1. Doença crónica

Desde 2000, a esperança média de vida em Portugal tem aumentado constantemente. Em 2017 chegou aos 81,6 anos, sendo ligeiramente superior à média europeia. Ao viverem mais tempo, as pessoas, muitas vezes, acabam por adquirir doenças crónicas ou incapacidades (OCDE, 2019).

Este conceito é definido pelo Ministério da Saúde (2018) como uma doença que decorre das mais variadas patologias (cardiovasculares, respiratórias, urinárias, reumatológicas, endócrinas, digestivas, neurológicas, psiquiátricas) e que provocam invalidez precoce ou diminuição da esperança de vida. Em Portugal, 53% das pessoas com 65 ou mais anos, estão referenciadas com, pelo menos, uma doença crónica,

sendo que muitas comunicam duas ou mais afeções crónicas – em semelhança à média da UE. Na mesma faixa etária, são cerca de 17% as pessoas que comunicam limitações nas atividades de vida diárias (AVD's), tais como vestir-se e tomar duche, o que, mais uma vez, é semelhante aos níveis da UE e torna, muitas vezes, as pessoas dependentes de cuidados (OCDE, 2019). Ferré-Grau e Sequeira (2020, p.314), salientam ainda que “nas doenças crónicas/dependentes, estas tarefas de cuidado são cada vez mais complexas e exigentes, à medida que a doença do familiar evolui.”

No plano nacional de saúde refere-se que as doenças crónicas incapacitantes abrangem atualmente entre 40 a 45% do total das doenças sinalizadas em Portugal. A tendência é que este número cresça exponencialmente atingindo milhares de cidadãos, sem haver uma faixa etária predefinida, verificando-se a necessidade de se ajustarem os percursos escolares, laborais e de vida, que muitas vezes precisam ser auxiliados por reformas ou assistência social, através de pensões e reformas, que na conjuntura atual são inferiores ao ordenado mínimo, em consequência das suas patologias e das suas necessidades de utilizar diariamente terapêutica, produtos e materiais de desgaste rápido, muitas vezes imprescindíveis à sua sobrevivência, ao correto e seguro tratamento e à qualidade de vida.

uma das causas que constitui maior demanda para o cuidado familiar no processo saúde-doença são as doenças crónicas, que possuem fatores de risco em comum e demandam uma assistência e atenção continuada, estando muitas vezes relacionadas ao envelhecimento. Por este motivo, a condição crónica, quando afeta um membro da família, costuma tornar-se motivo de sobrecarga, uma vez que necessita desde cuidados diários (...) além de ser estressor para o próprio doente e para o relacionamento social do sistema familiar. (...) as alterações emocionais e sociais decorrentes desse processo em uma família, requerem cuidados constantes e adaptações à nova situação (Cecílio et al., 2014, p. 537).

A prestação de cuidados a pessoas com doença crónica exige assim do sistema nacional de saúde (SNS) um maior custo. Reflexo de uma população envelhecida, mas também da crise económica, resultante da emigração intensa nos últimos anos e que provocou um aumento do número de população residente envelhecida, mas também com uma esperança de vida mais longa. Torna-se desta forma, um desafio financeiro, fiscal e de recursos, sustentar as necessidades de cuidar de uma população envelhecida com patologias crónicas e necessidades cada vez maiores no plano da saúde (OCDE, 2019).

## 2.2. Cuidador Informal

Cuidador informal é, segundo Viegas et al. (2018), um prestador de cuidados, normalmente familiar, amigo ou vizinho (dito informal ou familiar), de um utente com doença crónica e/ou incapacitante que o impede de realizar as suas AVD's, total ou parcialmente, tornando-o muitas vezes dependente. É, por isso, caracterizado por um recurso de cuidar não institucional, que maioritariamente não é remunerado. Já Sousa et al. (2020, p.162) aborda o cuidador como cuidador familiar referindo-o como

alguém que assiste e cuida de um familiar com algum tipo de doença, deficiência ou incapacidade, o que impede o desenvolvimento normal das suas atividades diárias e das suas relações sociais, passando a sua vida a organizar-se em torno do cuidado ao familiar.

Estes podem ser designados por “cuidador primário ou principal”, “cuidador secundário” e “cuidador terciário”. Sendo estes, respetivamente, o que mais presta apoio, o que auxilia regular ou ocasionalmente nos cuidados e em terceiro, alguém que é próximo e ajuda esporadicamente segundo Sequeira (2018) citado por Sousa et al. (2020).

Em 2014, cerca de 1,1 milhão de pessoas com 15 anos ou mais (12,5% da população total) prestaram assistência ou atendimento informal às pessoas com problemas de saúde ou velhice. Destas, mais de 85% realizaram apoio informal principalmente aos familiares. Cerca de 57,4% prestou apoio, pelo menos, 10 horas semanais. Na estatística de género as mulheres atingem 61%, sendo que 64,3% prestaram apoio por 10 ou mais horas (INE 2016; Eurocarers, 2020).

No último estudo sobre acessibilidade e qualidade do cuidado contínuo, emitido pela Entidade Reguladora da Saúde, Portugal apresenta a maior taxa de atenção domiciliar informal da Europa, a menor taxa de cuidados não domiciliários e uma das menores taxas de cobertura de cuidados formais (Eurocarers, 2020).

De acordo com estudos nacionais, o perfil do cuidador típico em Portugal é a mulher com idade entre 45 e 75 anos, sendo que a maioria dos cuidadores tem um baixo nível de escolaridade e menos de metade está empregada, apesar de a grande maioria se encontrar em idade para trabalhar (Eurocarers, 2020).

Ferré-Grau e Sequeira (2020) afirmam também que os cuidados a pessoas dependentes são frequentemente assumidos numa escala de 70-95% por mulheres acima dos 55 anos, normalmente filhas ou esposas. Sousa et al. (2020) aborda a

prevalência, não só em mulheres desempregadas, mas também reformadas. Em estudos internacionais também estas prevalências e incidências são comuns.

Ferreira (2013, p.33) citando Sequeira (2010) refere que os CI's

preenchem as lacunas dos serviços oficiais de saúde, providenciando, no contexto europeu, cerca de 80% de todos os cuidados prestados à pessoa dependente. O papel desempenhado pelo cuidador é complexo e excede o auxílio à pessoa na realização das suas atividades de vida diárias. Os cuidadores assumem um papel de extrema responsabilidade sendo muitas vezes os primeiros a detetar alterações na pessoa. Desta forma assumem-se como parceiros dos serviços de saúde.

Em 2016, a Associação dos Cuidadores de Portugal estimou que o valor do trabalho realizado por cuidadores informais atinge quase 4 bilhões de euros por ano. No entanto, os cuidadores e os doentes têm direito a diferentes tipos de subsídios e benefícios. Há uma diferença considerável dependendo se o familiar dependente é uma criança ou um idoso, sendo os direitos aos que cuidam de crianças, consideráveis, em relação ao cuidado prestado a idosos dependentes. Além disso, é necessário salientar que o direito a subsídios monetários para pessoas dependentes não se baseia apenas no nível de dependência, mas também na vulnerabilidade económica existente (Eurocarers, 2020).

Ferreira (2013, p.26) refere que

as estimativas sobre o envelhecimento demográfico veem colocar também novos desafios às famílias. Estas têm um papel fundamental na assistência e na manutenção do idoso no seu contexto habitual. É necessário repensar novas formas de apoio, de modo a que cuidar de um idoso dependente não se transforme num "fardo", mas, pelo contrário, constitua um momento de satisfação e de prazer.

Nesta sequência é importante referir que atualmente existe, aprovado em diário da república, um estatuto para o CI, que assume a possibilidade de atribuição deste ao cônjuge, coabitante, parente ou semelhante, até ao 4º grau de relação direta ou colateral, da pessoa cuidada em sistema permanente, sob a mesma habitação e sem receber qualquer remuneração. Este estatuto define o que é o cuidador informal principal, não principal, a pessoa cuidada e as redes sociais de suporte, por fim a decretar quais as condições do reconhecimento do estatuto bem como os requisitos necessários para a sua atribuição (Portaria nº 2/2020 - DRE)

Apesar de existir uma primeira portaria, nº 2/2020 - DRE, sobre este assunto desde 10 de janeiro de 2020, só a partir de 1 de julho de 2020 puderam ser realizados pedidos de reconhecimento para todo o território nacional, uma vez que na portaria, nº 64/2020 - DRE emitida a 10 de março de 2020, se decretaram indicações

específicas aos projetos-piloto obrigatórios de serem implementados em apenas alguns concelhos nacionais, por 12 meses, antes da implementação do estatuto nacional. É nesta segunda são especificadas as medidas de apoio ao cuidador informal, respetivos planos de intervenção específicos bem como os direitos inerentes aos cuidadores, entre eles, a possibilidade de ser acompanhado e receber aconselhamento, informações e treino para melhorar os seus conhecimentos e qualidade de cuidar; beneficiar de apoio psicológico, sempre que necessário e mesmo após o falecimento da pessoa cuidada; beneficiar de períodos de descanso que estimulem o bem-estar e equilíbrio emocional do cuidador; o cuidador principal poder beneficiar de subsídio de apoio; beneficiar de estatuto trabalhador-estudante (quando se verifica).

Apesar da criação do novo estatuto, Ferré-Grau e Sequeira (2020) referem que na realidade portuguesa os cuidados informais são encarados como um processo natural, justificado e socialmente aceite, tornando familiares em cuidadores, em função das fragilidades do sistema social, verificando-se que mesmo com suporte social e a criação de apoios, os mesmos não são eficazes. A falta de registos consistentes relacionados com os cuidadores também implica que ao nível das intervenções, não haja um mapeamento e acompanhamento correto, tornando as mesmas insuficientes e muitas vezes fragmentadas. É por isso necessário “proteger o cuidador (...) é necessário articular uma ação conjunta entre as necessidades da família, a resposta dos profissionais e os recursos socio-sanitários destinados à atenção, à cronicidade e/ou à dependência.” (p.313)

### **2.3. O fenómeno da Sobrecarga do Cuidador Informal**

Cuidar é, conforme Boof (2008) citado por Ferreira (2013, p.33) “mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais do que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afectivo com o outro.” Assim é importante referir que “quando falamos do cuidado familiar, não só nos referimos à sobrecarga que advém das tarefas, mas também se enfatiza a variável afetiva da relação interpessoal que se estabelece entre o cuidador e a pessoa a ser cuidada.” (Ferré-Grau e Sequeira, 2020, p.314)

Conforme explicação de Sequeira (2010a, p.10) a sobrecarga é caracterizada por um “conjunto das consequências que ocorrem na sequência de um contato próximo com um doente...”. É um termo normalmente caracterizado como negativo, levando a que muitos autores alertem para a necessidade de se caracterizar as consequências associadas ao cuidar, como foco privilegiado para que possam ser implementadas estratégias preventivas perante a necessidade. Estas consequências determinam uma constante diminuição da qualidade de vida do cuidador e até ao aumento de efetiva morbilidade, constituindo por isso uma necessidade premente de prevenção.

É neste sentido que Beuter et al. (2009) refere que a sobrecarga associada ao cuidado familiar decorre quando o cuidador deixa as suas necessidades e desejos para segundo plano. Sequeira (2010a), bem como Beuter et al. (2009) e Alves et al. (2018) caracterizam a sobrecarga em objetiva e subjetiva, sendo que a primeira ocorre da consequência da natureza e das necessidades de cuidados, perante os sintomas e sinais físicos e psíquicos. Representa as consequências no familiar em resultado da interação com os sintomas e comportamentos do cliente, tais como alterações de rotinas domésticas, sociais, familiares e até sobre o lazer e saúde física e mental do cuidador. Já a subjetiva, é caracterizada pela perceção pessoal do cuidador em relação às consequências do cuidar, ou seja, “o conjunto de sentimentos decorrente da vivência intrapsíquica destas limitações, refletiva em termos de impacto psicológico” (Alves, et al., 2018, p.9). Também Martins et al. (2003) falam sobre a sobrecarga objetiva e subjetiva, defendendo que na avaliação da sobrecarga física, emocional e social dos CI's, ambas devem ser integradas. Beuter et al. (2009) refere que além das classificações anteriormente descritas, pode e normalmente também existe sobrecarga financeira.

Martins et al. (2003) já referiam que a sobrecarga do CI é segundo Braithwaite (1992) uma perturbação que advém da necessidade de lidar com a dependência física e mental de um cliente, alvo de cuidados contínuos, quase sempre dependente. Para este autor (1992), esta sobrecarga implica cinco situações de crise em particular: consciência da degeneração, imprevisibilidade, limitações de tempo, relação afetiva entre cuidador e cliente, cuidado e falta de alternativas na atuação. Por outras palavras, a situação de sobrecarga é referida por Martins et al. (2003) como sendo uma consequência de uma situação de crise vivenciada por um cuidador, perante um

familiar em condição de doença crónica, que potencia stress e ameaça o equilíbrio do funcionamento pessoal, familiar e social.

Nesta sequência o cuidador pode, segundo o mesmo autor, perante situações adversas, ficar sujeito à problemática que pode induzir estados de desorganização, que frequentemente são associados a sentimentos negativos como medo, culpa ou ansiedade e que por sua vez levam à conseqüente sobrecarga com o passar do tempo.

Alves et al. (2018, p. 9) classifica a sobrecarga familiar “como sobrecarga física e emocional, sobrecarga do cuidado e sobrecarga financeira”. Para este mesmo autor, a resposta à sobrecarga nos cuidadores pode originar e manifestar-se de diferentes formas, sendo que “a sobrecarga física e emocional identifica-se pelo aparecimento de doenças relacionadas ao sistema nervoso (como gastrite e problemas gastrointestinais), evidenciando como os problemas de ordem emocional se repercutem na saúde física”. Refere ainda que

emocionalmente os familiares podem encontrar-se vulneráveis pela privação do sono ou por não suportarem a convivência (...) cuidar pode tornar-se uma tarefa difícil, quer seja pela falta de apoio e comprometimento dos demais membros da família, quer pelas exigências ou solicitações do familiar doente (...).

Em relação à sobrecarga financeira, este mesmo autor salienta que a alteração económica, deve-se à necessidade de que quem cuida, ter de faltar ao trabalho para responder às necessidades do seu familiar, tornando muitas vezes a condição económica desfavorável e podendo comprometer, não raras vezes, a única fonte de rendimento daquela família, agravando o problema e a necessidade de uma nova organização no orçamento familiar.

Cuidar de um familiar dependente é, de fato, uma situação “complexa, que implica prestar ajuda instrumental e expressiva, exigindo tempo e esforço tanto físico como emocional.” (Ferré-Grau e Sequeira, 2020, p.313). Afinal, o cuidador necessita não só identificar as necessidades da pessoa cuidada, mas também produzir uma resposta em concordância. Esta tarefa pode ser breve e temporal ou muitas vezes prolongada no tempo até ao fim da vida da pessoa dependente, tornando o final incerto. Esta é uma rotina normalmente diária que requer grande parte dos recursos e energia de quem cuida.

Concorrem para esta sobrecarga fatores de vária ordem: pessoais englobando os aspetos cognitivos, motivacionais e comportamentais do cuidador, e/ou situacionais, externos ao mesmo e normalmente caracterizados por uma situação

stressora isolada como um tipo de evento, o momento cronológico da sua ocorrência, a ambiguidade e controlo da situação, bem como a possibilidade da mesma ocorrer. Quando o cuidador não consegue responder perante a crise ou o faz incorretamente pela sua limitação de adaptação, o stress tende a sobrepor-se e a criar situações de sobrecarga (Martins et al., 2003).

Os stressores motivadores de uma sobrecarga podem ser classificados, como primários, ou seja, gerados a partir das necessidades dos clientes, ou secundários, como consequência aos primeiros, manifestando-se na vida pessoal, familiar e profissional do cuidador, podendo levar assim à já falada sobrecarga, que quando é emocional, pode conduzir a outros estados patológicos como depressão, isolamento social, alteração do autoconceito, perda de autoestima, emoção expressa entre muitos outros. O tipo de relação afetiva no passado e presente entre cuidador e utente, as experiências vividas, o ambiente físico e sociocultural podem também estimular a sobrecarga do mesmo (Martins et al., 2003).

Ferré-Grau e Sequeira (2020, p.313), reafirmam que cuidar de pessoas com doença crónica e/ou dependente se torna para os cuidadores uma ação intensa devido ao extenso tempo de dedicação diária e ao número de anos dedicados, podendo desenvolver custos elevados ao nível do carácter económico, da saúde e das emoções. Estes mesmos autores afirmam ainda que “embora possa parecer que a solidariedade familiar não irá reduzir nem desaparecer, os modelos sociodemográficos e familiares permitem-nos afirmar que o modelo de cuidados familiares formais e informais terá de ser substancialmente alterado nos próximos anos.” Assim, uma vez que “não são as necessidades que se adaptam ao horário do cuidador, mas sim o contrário, todo o horário (laborar, familiar, de refeições, lazer, etc.) é adaptado em função da pessoa a ser cuidada” é importante considerar que “O cuidado do cuidador implica o reconhecimento do dobro da sobrecarga, tanto física como emocional.” (p.314)

O mesmo autor aborda questões pertinentes sobre a evolução dos cuidadores perante a pessoa dependente. Sendo este um processo contínuo como já verificámos com outros autores, podemos prever aqui associado um processo de desgaste que, perante o esforço físico contínuo diário, resulta no surgimento ou agravamento de sintomas físicos e doenças que os próprios cuidadores já possam ter. Entre os agravamentos citados referimos como sintomas crónicos, “astenia, cefaleias, dorsolombalgias relacionadas com o esforço da mobilização do familiar, dispepsia,

aumento da tensão arterial, vertigens” (Ferré-Grau e Sequeira, 2020, p.318), já as alterações físicas referidas mais comum são “dores osteomusculares, as doenças cardiovasculares e os transtornos gastrointestinais” (Ferré-Grau e Sequeira, 2020, p.319).

Há ainda referência em vários estudos, como nos de Ferré-Grau e Sequeira (2020) e Sousa et al. (2020), a outras alterações sobre o padrão do sono e alimentar, fadiga, memória e concentração, processos familiares disfuncionais, conflito de decisões, baixa autoestima, má adesão a consultas médicas etc. Muitas destas últimas estão frequentemente relacionadas com a dedicação e o medo de adoecerem e por isso poderem ficar limitados no cuidado ao seu familiar. Frequentemente o cuidador esquece-se de si, das suas necessidades e prioriza as do seu familiar, adotando comportamentos desaconselhados perante a sua própria saúde e sintomas, para que possa continuar a cuidar sem comprometer o seu papel mesmo que para isso possa inconscientemente entrar em sobrecarga física, psicológica, emocional e socioeconómica. Ferreira (2013, p.34) ao abordar Sequeira (2010) também afirma que “o cuidar de pessoas com alterações cognitivas, de comportamento e de humor estão associados a níveis mais elevados de sobrecarga no cuidador”.

na revisão da literatura (...) encontramos uma importante prevalência de distúrbios psicopatológicos diretamente relacionados com o processo de cuidar. Entre eles, os mais frequentes são: as perturbações de ansiedade, depressão com ou sem ideação suicida e diversos distúrbios adaptativos com sentimentos persistentes de raiva, culpa, perda, etc., que geram um mal-estar emocional persistente (Ferré-Grau e Sequeira, 2020, p.315)

Esta citação justifica que o autor defenda que o impacto negativo na dimensão psicológica seja o dobro do que na dimensão física dos cuidadores. Esta conjuntura poderá potenciar o aumento da falha do cuidador. É assim necessário que o enf.º saiba detetar os sinais e “mecanismos de alarme” por forma a evitar o agravamento do cansaço do cuidador e eventual sobrecarga e intervir eficazmente sobre os diagnósticos e riscos detetados.

Posto isto, é importante que aqui se faça uma importante ressalva. Embora a maioria dos autores não aborde, Sousa et al. (2020) afirmam que existem cuidadores que manifestam sentimentos positivos perante o cuidar, como sentimento de realização e gratidão.

## **2.4. A Sobrecarga do Cuidador Informal como foco de atenção do EEESMP**

A OE (2015b) defende que quando os cuidados diretos são prestados a indivíduos ou grupos específicos, “atendendo ao todo, à comunidade, são fundamentais para o exercício da Enfermagem,” e que desta forma os resultados “repercutir-se-ão também na comunidade.”. No entanto, para que isso aconteça é necessário “conhecer as necessidades da população e da comunidade onde o enfermeiro está inserido” por forma a serem utilizados os instrumentos necessários para se caracterizar a comunidade, que permitirá a identificação do estado de saúde desta e suas necessidades. Desta forma, “resultará a identificação dos reais problemas de saúde, das necessidades de intervenção, assim como dos recursos e capacidades da comunidade, com fundamento nos quais se deverá desenvolver a intervenção dos enfermeiros de modo justo” (OE, 2015b, art.º 80, p.54-55).

Estes são com certeza pressupostos da prática de enfermagem, quer se trate de uma intervenção com o indivíduo, com a família ou com a comunidade. Além disto, a DGS (2017) no PNSM salienta que o fato das pessoas viverem mais anos, muitas vezes, com incapacidades incluindo a área da SM, pode gerar maior sobrecarga na sociedade perante os cuidados. Torna-se assim crucial a necessidade de se olhar para a sobrecarga do CI como um foco de atenção e intervenção do EEESMP.

As classificações de Enfermagem CIPE® e NANDA® tomam em consideração o foco da sobrecarga do cuidador para formularem os diagnósticos “sobrecarga por stress” ou “de estresse”, respetivamente, no entanto, a OE (2018a), no documento orientador “padrão de documentação, enfermagem de saúde mental e psiquiátrica” que se faz reger pelos diagnósticos CIPE®, refere a existência do diagnóstico, “stresse do cuidador” descrito por Sousa et al. (2020) como “um sentimento de estar sob pressão e ansiedade a ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada, associado a um cansaço físico e mental. (...) surge intrinsecamente relacionado com a sobrecarga do cuidador”. Neste documento da OE (2018a) este foco está construtivamente desenvolvido com as intervenções e as necessidades de atenção e atuação perante o mesmo.

Ao longo do desenvolvimento do projeto, todos os diagnósticos levantados, inter-relacionados com o principal diagnóstico de intervenção, foram levantados com recurso à CIPE®, uma vez que este sistema de classificação internacional, segundo

Gonçalves, et al. (2020), permite abordar a prática da enfermagem, quer ao nível da avaliação, quer ao nível da intervenção, com uma linguagem comum, descrevendo o processo de enfermagem através de uma abordagem sistémica no cuidar, permitindo descrever a prática de enfermagem de forma clara, precisa e rigorosa.

Ainda assim, verifica-se que as intervenções associadas à sobrecarga do cuidador pela CIPE® têm um descritivo pouco desenvolvido no documento da OE (2018a). Neste padrão para a prática especializada da ESMP, as intervenções psicoterapêuticas e psicoeducacionais surgem muitas vezes associados a outro diagnóstico de Stress/Ansiedade, fazendo com que a aplicação prática das mesmas com vista a resolução de problemas, dependa especialmente da competência do enfermeiro que avalia e planeia a sua intervenção.

É por isso que, conforme será abordado posteriormente neste relatório, foram utilizados instrumentos como a intervenção psicoeducativa, a técnica de relaxamento com utilização de óleos essenciais ou biblioterapia, que embora com evidência menos robusta a suportar, permitiu ainda assim, justificar a eficácia da sua aplicabilidade. Afinal, tal como referem Martins et al. (2003) e a OE (2018a) estas técnicas constituem-se como mediadores expressivos e terapêuticos que podem dar resposta a este problema e aos objetivos do projeto.

## **2.5. Um olhar disciplinar sistémico sobre a sobrecarga do cuidador informal – O modelo de sistemas de Betty Neuman**

Para contextualizar este relatório foi pertinente integrar a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman uma vez que o modelo dos sistemas é bastante utilizado na enfermagem e principalmente na área de saúde mental comunitária, junto das famílias. Com uma abordagem focada nas necessidades humanas de proteção e alívio de stress, é útil a sua aplicação perante a diminuição da sobrecarga do CI e no desenvolvimento da intervenção com os mesmos, para que sejam identificados os stressores motivadores da sobrecarga. Neuman defende que ao se identificar as causas do stress, se poderiam desenvolver intervenções de enfermagem, que por sua vez, deveriam proporcionar equilíbrio dinâmico à pessoa. Este podia ser motivado por ações do enfermeiro ao identificar problemas, determinar metas e se atuar na prevenção (McEwen e Wills, 2009).

Neuman aborda o ser humano como um sistema composto por variáveis (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento) que todas juntas formam o todo do cliente, como uma estrutura base de proteção, para reter, obter ou manter a estabilidade e integridade do sistema. O ambiente é caracterizado por forças internas e externas, que influenciam e são influenciadas em qualquer momento temporal, em sistema aberto, em volta do cliente. A saúde por sua vez corresponde à estabilidade ideal do sistema em determinado momento. Esta autora defende que as variantes do bem-estar e dos diversos graus de instabilidade do sistema são causadas pelo ataque dos stressores na linha normal de defesa. É importante perceber, segundo a mesma, que a enfermagem, tem como principal preocupação a manutenção da estabilidade do sistema do utente, através da investigação meticulosa dos stressores sejam estes ambientais ou outros, e de uma atuação com o objetivo de preservar a saúde necessária (McEwen e Wills, 2009).

Este processo é caracterizado em três passos fundamentais e complementares. No primeiro passo, o enfermeiro recolhe as informações e analisa as alterações do bem-estar por forma a delimitar um diagnóstico. No segundo passo, são estruturadas metas, negociadas com o cliente, por forma a decidir qual a melhor estratégia de intervenção, para que, por fim, no último passo sejam apresentados os resultados de enfermagem após avaliação das mudanças ou pela necessidade de reformulação de novas metas. Neste processo o enfermeiro tende a incentivar o vínculo entre cliente, ambiente, saúde e enfermagem (McEwen e Wills, 2009).

Ao ter-se em conta que este modelo é desenvolvido na prática de enfermagem, com o objetivo de se identificar os stressores que forçam a linha de defesa flexível e normal de cada pessoa, neste caso, dos CI's, pode-se, com a sua respetiva aplicação, perceber como é que estes reagem, por forma a orientar as intervenções necessárias para fortalecer as linhas de defesa contra o stress dos mesmos, que facilmente podem destabilizar todo o sistema e fazer o CI entrar em sobrecarga (McEwen e Wills, 2009).

Viegas et al. (2016) afirmam que esta teórica permite compreender não só os stressores vividos pelos cuidadores como favorecer intervenções que, segundo Ducharme et al. (2011), são mais eficazes quando são do tipo psicoeducativo.

### 3. CONTEXTO DE ESTÁGIO

O conhecimento do ambiente, é indispensável, como meio para se poder aumentar as oportunidades de atuação na área com necessidade de intervenção. É importante ainda considerar que o desenvolvimento do profissional é praticável assim se beneficie de um ambiente humano e físico adequado (Chalifour, 2008).

Neste capítulo é apresentado o contexto de estágio do qual surge este relatório e onde, durante 13 semanas, foi fomentado o desenvolvimento fundamentado e estruturado do projeto aplicado, tendo em conta as necessidades da população, bem como o desenvolvimento das competências preconizadas para o EEESMP.

O contexto no qual o estágio foi desenvolvido, pertence a um ACES da margem sul do Tejo e é caracterizado por ser uma UCC, que pertence a uma área metropolitana de 36,41 km<sup>2</sup>, com quatro freguesias, sendo a população residente neste concelho de 78.764 habitantes (INE, 2011). Na UCSP, a que esta UCC pertence, estão inscritos 73.937 utentes, 40.000 mulheres e 33.937 homens, dos quais 20.197 e 21,60% estão na faixa etária acima dos 65 anos e 46,04% são idosos dependentes (SNS, 2020). De acordo com os INE (2011) a população diminuiu de 2001 para 2011 em 0,31%, no entanto há um aumento do número das famílias existentes. Dados mais recentes, afirmam que o número de residentes em lugares com 2000 ou mais habitantes, por local de residência diminuiu ainda para 70.684, dos quais 33.531 são homens e 37.333 são mulheres.

Verifica-se que, apesar de haver uma diminuição das pessoas residentes nestas freguesias, existe um aumento do envelhecimento de 122,5% para 151,60%, mas que o índice de dependência de idosos diminuiu de 40,2%, em 2001, para 33,7%, em 2011. Por forma a prevenir o aumento do índice de dependência dos idosos, tendo em conta o aumento significativo do índice de envelhecimento, é indiscutível a necessidade de atuação nesta unidade e perante os cuidadores que apoiam cada utente na sua fase de envelhecimento e dependência (INE, 2011).

No intuito de aprofundar a evolução desta UCC, pôde-se apurar que desde janeiro de 2013 inscreveram-se mais de 500 utentes para receber cuidados prestados pela ECCI. No ano 2019, ano em que decorreu o desenvolvimento deste projeto, estiveram ao abrigo desta mesma equipa 89 utentes, sendo que durante o período de estágio existiam nesta unidade 49 utentes em regime de cuidados continuados

integrados, com doença crónica e incapacitante, sendo que no fim do meu estágio estariam ao cargo da mesma 43 utentes.

Percebe-se assim, pelos números, que o elevado número de utentes com necessidades de cuidados, exigem uma equipa capaz, não só de tratar, como também de ensinar os cuidadores a cuidar e a cuidarem-se.

Esta UCC atua em diferentes valências, entre elas, saúde materna, saúde escolar, visitas domiciliárias, cuidados paliativos, CPCJ, ECCI, etc., tendo sido nesta última, onde foi aplicado o projeto. A equipa é composta por doze enfermeiros a trabalhar em horário completo, dos quais um é EEESMP, uma é EEER e coordenadora da UCC, quatro são EEESC, duas são EEESMO e uma é EEEMC, para além dos restantes quatro elementos generalistas, que perante as necessidades de intervenção previamente identificadas, conseguem, através do sistema de informação, *SClínico®*, registar informaticamente o acompanhamento para potenciar resultados multidisciplinares e garantir a partilha de informações entre equipa.

Na área da SM só desde 2017 é que a equipa da UCC tem um EEESMP a trabalhar com esta comunidade, no entanto, até ao fim do meu estágio não foi possível a este desenvolver projetos dedicados apenas à SM, estando, por isso o mesmo a exercer a sua principal função na integração dos cuidados na ECCI. Apesar desta limitação, por forma a dar alguma resposta às necessidades da comunidade, este enf.º integra um projeto, que através da parceria com a Câmara Municipal do concelho, potencia a SM da comunidade, através da mobilização e interligação de relações entre o ACES, Instituições e Hospitais do Concelho. Além deste projeto, é perante o seu vasto conhecimento de atuação que a dinamização da temática do “Relaxamento mental na preparação para o parto”, é executada no programa desenvolvido pelas colegas de saúde materna no curso de pré-parto.

Compreende-se desta forma a pertinência da escolha deste local de estágio para o desenvolvimento deste projeto, não só quando olhamos para os números apresentados, mas também perante a descrição no site do SNS (2020) na área do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários da missão com que esta UCC foi criada:

prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atuar ainda na educação para a saúde e na integração em redes de apoio à família.

## 4. QUESTÕES DE PARTIDA

Fortin (2000), afirma que num processo de investigação a questão deve ser actual, isto é, apropriada às interrogações do momento presente, pertinente para a prática profissional, e ter potencial de contribuir para a aquisição de novos conhecimentos. Além disso, deve apresentar um interesse para o investigador e o seu meio (Fortin, 2000, p.58).

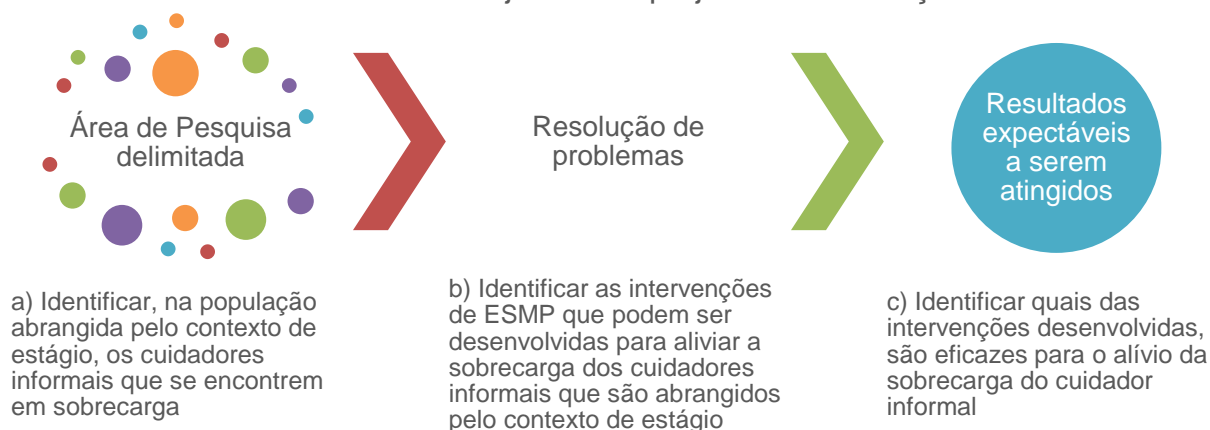
Neste seguimento, a partir do que nos diz a literatura sobre a sobrecarga dos cuidadores informais e tomando em consideração as características e necessidades da população de cuidadores informais que é abrangida pelo contexto de estágio, interrogou-se:

- a) Existem, na população abrangida pelo contexto de estágio, cuidadores informais em sobrecarga?
- b) Quais as intervenções especializadas de ESMP que podem ser desenvolvidas para aliviar a sobrecarga dos cuidadores informais que são abrangidos pelo contexto de estágio?

## 5. OBJETIVOS

No seguimento das questões de partida, segue-se a definição de objetivos. Ruivo, et al. (2010) referem que é necessário que os objetivos sejam claros, precisos, exequíveis, mensuráveis e formulados declarativamente. Já Fortin (2000) afirma que a definição de objetivos de um projeto de investigação enuncia o que o investigador deseja trabalhar. Desta forma, os objetivos são definidos tendo em conta:

Gráfico 1 – Objetivos do projeto de intervenção



## **6. METODOLOGIA DE PROJETO**

A metodologia de projeto baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado (sobrecarga do CI) e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução (diminuição da mesma). Esta metodologia através da pesquisa (RIL), análise e resolução de problemas reais do contexto (UCC) é promotora de uma práxis fundamentada e baseada na evidência (Ruivo et al., 2010).

Estes autores acrescentam ainda que esta metodologia proporciona a aquisição de competências e capacidades individuais, através da elaboração e aplicação de projetos em situações reais.

Esta metodologia é, constituída por cinco etapas. À exceção dos objetivos que já foram apresentados anteriormente após a exposição das questões de partida do projeto desenvolvido na prática, todas as restantes etapas, serão abordadas nos próximos subcapítulos.

### **6.1. Diagnóstico de situação**

#### **6.1.1 População Alvo**

A população-alvo de intervenção são todos os cuidadores informais, com idade superior a 18 anos, de clientes com doença crónica e incapacitante em regime ECCL, atribuídos de forma súbita ou evolutiva, identificados pela equipa da UCC no decorrer das 13 semanas de estágio e que demonstrem sinais de sobrecarga. Os cuidadores informais foram escolhidos por conveniência, após a confirmação da sobrecarga com a aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit.

#### **6.1.2 Caracterização da população e avaliação de necessidades**

A falta de recursos para atender às necessidades dos cuidadores, leva a que estes fiquem sujeitos a determinados processos de saúde pela sobrecarga que deriva dos cuidados que prestam diariamente a clientes com doença crónica, sejam estes evolutivos ou súbitos. Parece assim existir uma necessidade, de extrema importância, de se realizar uma abordagem preventiva, prévia à existência de uma sobrecarga, ou curativa, dependendo da situação ou do estadio daquela que já esteja instalada.

Para ir ao encontro da avaliação das necessidades, tendo em conta as estatísticas abordadas no capítulo 3, que permitiu a caracterização da população do concelho, para avaliar os cuidadores, foi preciso proceder-se a uma avaliação das suas necessidades com recurso a diversos instrumentos que permitiram a recolha de dados sociodemográficos, pessoais e familiares de cada CI e a identificação dos problemas e necessidades existentes.

Desta forma, como meta de partida para identificar o problema inicial e caracterizar cada CI, foi aplicada a ESCZ e a EAAH, com recurso à entrevista semiestruturada, e posteriormente foram, também através da entrevista, utilizados instrumentos tais como o ecomapa, o genograma que permitiram a avaliação das necessidades e dos recursos existentes para poder dar resposta à sobrecarga e aos problemas identificados posteriormente na sequência da intervenção.

O primeiro instrumento de avaliação utilizado foi a ESCZ, apresentada no anexo I, porque, para além de esta já ser utilizada na UCC como ferramenta de apoio ao diagnóstico de enfermagem, pode também avaliar-se, conforme defende Sequeira (2010b), a sobrecarga objetiva e subjetiva do CI, abrangendo as mais variadas informações de saúde, interação social, vida pessoal, situação financeira, emocional e relacional.

A ESCZ foi traduzida em 2010 para português, por Carlos Sequeira, após este ter tomado consciência dos impactos negativos que surgem no cuidador no processo de cuidar. Assim, esta adaptação permite à população portuguesa, utilizar um instrumento que permite medir, identificar e monitorizar a sobrecarga do cuidador. Esta escala, desde então tem sido utilizada com o intuito de se perceber se, ao cuidar-se de pessoas com dependência “física” ou “mental”, existe um aumento nas repercussões negativas da sobrecarga (Sequeira, 2010b). Em termos de investigação, a escala permite avaliar as ressonâncias negativas associadas ao ato de cuidar por forma a estabelecer paralelos com os dados internacionais.

A aplicação e preenchimento da escala foi realizada, individualmente com cada cuidador informal, na primeira sessão no seu domicílio. É uma escala extensa que se baseia num construto multidimensional com 22 questões, divididos em quatro fatores, os dois primeiros direcionados para a sobrecarga objetiva e os dois últimos para a subjetiva. O primeiro fator, “impacto da prestação de cuidados” associa a sobrecarga à prestação de cuidados diretos em onze itens como a alteração no estado de saúde, alterações relacionais, desgaste físico e mental, etc. O segundo fator, “relação

interpessoal” entre prestador e pessoa dependente, avalia o impacto da relação associado à interação (vergonha, irritação, tensão). No terceiro fator, “expectativas com o cuidar” avaliam-se medos, receios, expectativas e disponibilidades associadas à prestação de cuidados no futuro. Por último, o quarto fator, “percepção de auto-eficácia” avalia a opinião do cuidador em relação ao seu desempenho. Os resultados devem ser avaliados conforme a pontuação quantitativa atribuída de entre 1 (nunca) a 5 (quase sempre). Conforme maior a pontuação adquirida, maior o nível de sobrecarga. Assim considera-se que até 46 não existe sobrecarga, de 46 a 56 existe sobrecarga ligeira e acima de 56 a sobrecarga já é intensa. Por considerar que a escala tem boas características psicométricas. Sequeira (2010b) sugere a sua utilização como instrumento de diagnóstico (risco de sobrecarga/sobrecarga) e ainda como instrumento de monitorização e avaliação de programas de intervenção em cuidadores informais.

Além desta, foi também utilizada a Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton, em anexo II, pois como defende Sousa et al. (2020), quando avaliamos o cuidador informal podemos também incluir outras escalas para medir depressão, ansiedade, qualidade de vida etc. Ao fazê-lo, constata-se muitas vezes a existência de outros diagnósticos que podem ter influência negativa perante as necessidades do cuidador, o seu sofrimento psicológico e levar conseqüentemente à sobrecarga. Esta escala foi utilizada para se perceber se há outros diagnósticos e alterações da SM do cuidador que potenciam a sobrecarga.

A entrevista semi-estruturada foi utilizada desde a primeira sessão. Através desta foi possível aplicar um guião de entrevista flexível, previamente realizado, que permitisse recolher não só a informação pessoal, familiar e sociodemográfica do cuidador, como também perceber os stressores que poderiam estar na origem da sobrecarga para além do processo do cuidador.

Desta forma, com maior liberdade de expressão e profundidade, de ideias, comportamentos, preferências, sentimentos, perceber quais as expectativas em relação ao seu papel como cuidador, visto que segundo Neeb (2000, p.120-121) “é importante que a colheita de dados se dirija à pessoa como um todo.” uma vez que a entrevista “é o método principal de colheita de dados que se utiliza na área da saúde”, onde “os dados recolhidos, através da entrevista enfermeiro-utente, relativamente aos pensamentos e sentimentos são tão importantes como aqueles que se obtêm pelo exame físico”.

Durante a entrevista, a definição de papéis na família é fundamental para que o papel de CI seja atribuído, pois é este que assume variadas responsabilidades que acabam por surtir efeitos na sua vida diária, sobrecarregando o cuidador física, psíquica, social e financeiramente, visto o contato direto com as AVD's do seu familiar. Muitas vezes, os cuidados tornam-se cansativos e stressantes. Esta carga acentua-se se o cuidador tomar a decisão de prestar cuidados com base em valores culturais e/ou questões moralmente impostas pela sociedade. Ao sentir este dever e obrigação de cuidar do seu familiar, a decisão de cuidar torna-se uma imposição em vez de uma opção própria. Esta opção, forçosa, pode resultar em maior desgaste e sobrecarga no cuidador (Beuter et al., 2009).

Assim, para fazer frente às situações de crise, é essencial reconhecer-se a importância dos recursos intrínsecos e extrínsecos no cuidador, por forma a ajudá-lo a reforçar as suas linhas de defesa e a desenvolver consciência de como atuar e resolver favoravelmente situações de crise com auxílio de mediadores terapêuticos. Desta forma, as características sociodemográficas, pessoais, crenças filosóficas e religiosas e os fatores hereditários devem ser mapeados para uma melhor intervenção e capacitação do cuidador perante os mediadores disponíveis (Martins et al., 2003). Perante isto, o MCAF tornou-se uma mais-valia, como instrumento de avaliação para a colheita de dados, delimitação da intervenção, bem como para a compreensão dos diagnósticos que surgiram com cada cuidador. Com este modelo é possível avaliar-se o sistema familiar, as relações internas e externas. Através da aplicação de instrumentos como o ecomapa, genograma e psico-figura de Mitchell foi possível descobrir informações que permitiram conhecer o contexto familiar e identificar necessidades bem como planear intervenções específicas a si, com o apoio de recursos externos, por forma a potenciar resultados positivos em todos os diagnósticos apurados (Cecílio et al., 2014).

Neste processo de avaliação familiar, o genograma permite observar a constituição da família e principais doenças, enquanto o ecomapa como complemento ao anterior instrumento, permite avaliar as redes de suporte e apoios sociais disponíveis na comunidade para o cuidador e a sua família. Com a utilização destes é possível perceber quais os recursos culturais, sociais e económicos no preciso momento de vida em que os mesmos são utilizados (Cecílio, et al., 2014).

Para a aplicação dos mesmos, foi necessário despender de uma segunda sessão para a sua realização, de forma a que a partilha da informação fosse gradual

para se evitar constrangimentos decorrentes da falta de relação prévia à partilha de dados que para o cuidador são pessoais e, por vezes, nunca abordados ou partilhados com terceiros, principalmente, desconhecidos, mesmo que profissionais de saúde.

Ao longo das sessões, as questões foram aplicadas de forma simples, esclarecidas sempre que necessário, abertas para que potenciasses uma maior assertividade na resposta e por forma a que o cuidador se sentisse à vontade para expressar a sua opinião livremente e sem limitações. A conduta profissional e as técnicas de comunicação adotadas, principalmente atitudinais que integram um “misto do ser, do saber e do fazer” com conhecimentos, competências, valores e atitudes, foram essenciais para a criação de relações terapêuticas que estimulassem a partilha de sentimentos (Sequeira, 2020).

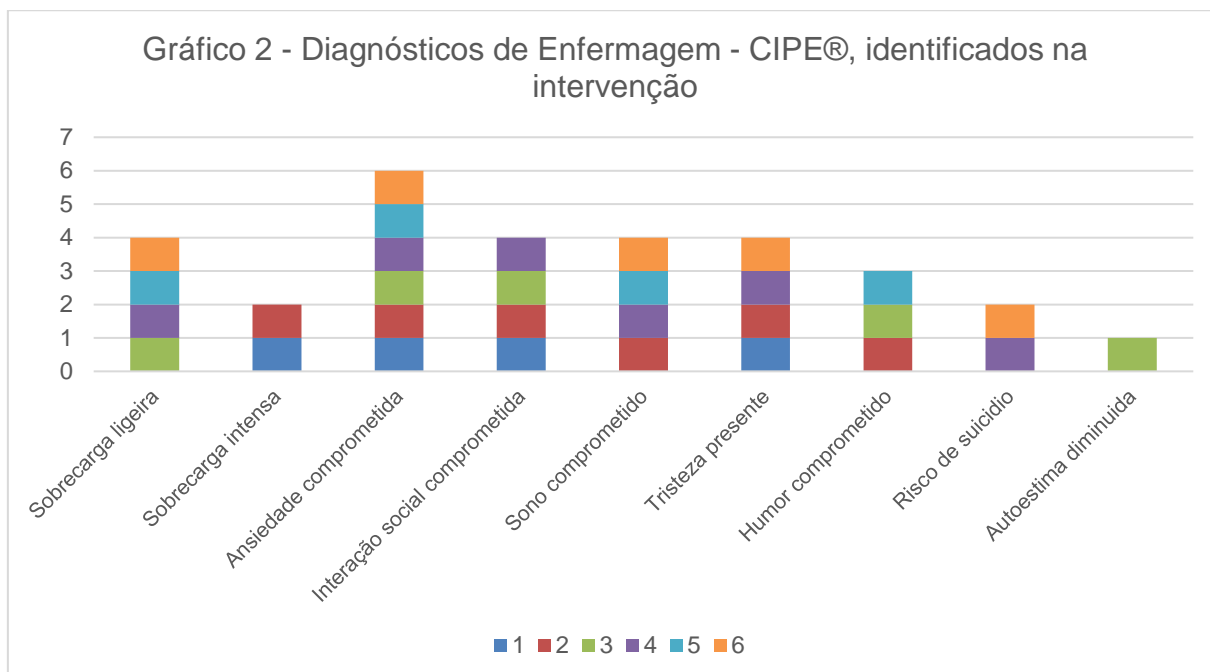
### **6.1.3. Síntese do Diagnóstico de Situação**

Durante as semanas de intervenção, foram seis os cuidadores que demonstraram ter critérios de inclusão no projeto. As características de cada um, que contribuíram para todo o processo de intervenção individual e para apurar resultados ao longo da mesma, são devidamente identificadas no apêndice IV.

É relevante referir que todos os cuidadores referem um agravamento da sintomatologia associada a, pelo menos, um dos seus antecedentes pessoais desde que iniciaram o seu papel de CI.

Embora a intervenção estivesse definida para se realizar apenas com cuidadores diretos de pessoas dependentes de cuidados, um CI, deixou de se tornar cuidador do seu familiar dependente, por falecimento do mesmo. Apesar disto, por este apresentar um papel ativo como cuidador dos filhos, embora adultos, que moravam consigo, e por demonstrar francos sinais da sobrecarga originada ao longo dos anos pelo seu papel de cuidador, com agravamento pelo processo de luto, foi decidido em consenso com o orientador, integrá-lo na intervenção por este manter sobrecarga intensa e por se ter apurado benefício para a sua SM.

Verificou-se que ao aplicar-se a ESCZ, a sobrecarga, ligeira ou intensa, varia entre cuidadores, associado a este diagnóstico a maioria apresenta também após aplicação da EAAH, sobrecarga ligeira. Com a aplicação de todos os instrumentos utilizados e já abordados anteriormente, foi possível ainda apurar-se a existência de outros diagnósticos - CIPE®, associados à sobrecarga.



O levantamento destes diagnósticos, permitiu junto dos instrumentos de avaliação utilizados, desenvolver com os CI's intervenções várias como intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicoeducacionais que potenciassessem o apoio emocional, a escuta ativa, o aconselhamento e a expressão de sentimentos através do relaxamento e da utilização de óleos essenciais ou poemas.

## 6.2. Planeamento

Após a identificação do diagnóstico de sobrecarga bem como dos restantes diagnósticos associados e previamente abordados no subcapítulo anterior, chega o momento de se elaborar o plano de intervenção. Nesse sentido a RIL realizada, permitiu a pesquisa das intervenções mais eficazes tendo em conta o ambiente, as necessidades e preferências pessoais de cada cuidador.

Em Portugal, segundo afirma Viegas et al. (2018), as intervenções são frequentemente desenvolvidas com o intuito de melhorar as competências do cuidador na prestação de cuidados. Esta visão tende a desvalorizar as necessidades que o cuidador sente e a atuação sobre as mesmas, sendo muitas vezes apenas realizadas referências verbais motivacionais, tais como “deve cuidar de si”. Verifica-se assim uma limitação nos programas psicoeducativos dirigidos ao CI, que intervenham sobre o mesmo e avaliem a eficácia da sua aplicabilidade e que tenham em conta esta abordagem integrada e global das reais necessidades do CI.

Com o intuito de evitar este tipo de abordagens limitadas, todo o projeto desenvolvido teve como objetivo a implementação de intervenções que contribuam para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem na comunidade e dos cuidados prestados pelos cuidadores informais tendo em conta as necessidades, procurando sempre promover o seu bem-estar emocional. Das muitas intervenções descritas como exclusivas do EEESMP por Costa et al., (2018), podemos apurar que intervenções como “ensinar, sobre estratégias de redução da ansiedade; sobre stress”, “executar, apoio emocional; intervenção psicoeducativa; relação de ajuda; relaxamento; técnica de resolução de problemas; intervenção familiar; aconselhamento; apoio emocional”, “treinar, técnicas de autocontrolo; técnicas de relaxamento”, “vigiar, stress do cuidador; ansiedade”, nos permitem atuar sobre a melhoria dos diagnósticos identificados.

Apesar das intervenções agora descritas como exclusivas do EEESMP, na evidência científica Pereira e Gomes (2012), Navidian et al. (2012), Sharif et al. (2012), Bernal et al. (2018) e Culhacik et al. (2020) defendem que a terapia de grupo é benéfica para a resolução de problemas familiares associados ao cuidar, principalmente na intervenção psicoeducativa.

Pereira e Gomes (2012, p.38) referem que “as evidências apontam ainda para que as intervenções em grupos familiares promovam a resolução dos problemas, a redução do isolamento social bem como da sobrecarga das famílias.” É, portanto, essencial para os autores que o enf.º durante pelo menos seis semanas, oriente as intervenções familiares para a ação utilizando técnicas cognitivo-comportamentais e ainda seja capaz de identificar as dificuldades e o potencial da família para poder desenvolver intervenções que deem resposta às necessidades dos mesmos e incentivar a resolução de problemas.

O mesmo autor afirma que as intervenções de grupo são benéficas pela partilha que é criada em função dos problemas de vida de cada cuidador, promovendo uma melhoria da comunicação e formas de lidar com o stress, bem como a diminuição do isolamento, estigma e melhoria da expressão dos sentimentos. Para isso este autor não só aborda intervenções psicoeducacionais como também psicoterapêuticas no desenvolvimento do seu estudo, como forma de ir ao encontro da individualidade de cada um, motivando os cuidadores a manter as suas intervenções.

Sharif et al. (2012) abordam a intervenção psicoeducativa do grupo como útil pois permitiu-lhes definir um conjunto de intervenções baseadas na terapia cognitivo-

comportamental e de suporte perante a abordagem às necessidades não só do cuidador, mas também do doente de quem cuidam. Ainda assim, muitos destes autores abordam esta temática no sentido de compreender a doença do familiar como resolução dos problemas do cuidador e motivo de adaptação comunicacional, quando esta não será o objetivo da intervenção aqui explanada. Ainda assim é certa a importância das técnicas educacionais de grupo como forma de compreensão, de partilha de sentimentos e resolução de problemas em relação aos sentimentos de quem cuida. A abordagem familiar é abordada pelos autores como benéfica para a redução da sobrecarga. Estes afirmam que a gestão familiar, terapia e intervenção psicoeducativa com a família é muitas vezes útil para uma melhor gestão da mesma em momentos de cuidado.

O mesmo autor refere ligação entre a sobrecarga, a ansiedade e a depressão. A técnica de grupo, segundo o mesmo, permite melhorar o problema existente, no entanto nem sempre promove a criação de relações interpessoais.

Navidian et al. (2012) corroboram que a intervenção de educação e suporte, bem como, as intervenções psicoterapêuticas em grupo são eficazes e melhoram não só a SM, mas também a física. Complementa ainda que o fato de serem intervenções de fácil aplicação, baratas e simples, as torna mais viáveis de serem aplicadas.

Bernal et al. (2018), na sua intervenção de grupo, com cuidadores de pessoas com doença crónica, percebeu que estes CI's requerem intervenções orientadas para o cuidado e autoconhecimento numa abordagem familiar. No entanto, tal como já aqui temos vindo a referir, não raras vezes verifica-se relativa negligência neste tipo de cuidados por parte dos profissionais de saúde. Indo ao encontro desta constatação, verifica-se que já Navidian et al. (2012) referia no seu estudo que os profissionais de saúde deviam ser possuidores de conhecimentos sobre como apoiar os cuidadores de pessoas de e com doença mental o que nem sempre se verifica ao longo dos anos.

Bernal et al. (2018) desenvolveram dois tipos de intervenção, uma individual que lhes permitiu, além de fornecer suporte educacional individualizado a cada cuidador, conhecer e compreender as suas realidades perante o novo papel e potenciar o seu autocuidado bem como a diminuição da ansiedade e do medo. Deste modo, foi possível diminuir a sobrecarga, melhorar a funcionalidade, aprender a estabelecer limites, objetivos, compromissos e diminuir as alterações emocionais. O outro tipo de abordagem do autor foram as intervenções de grupo por reuniões nas quais foi possível, através de uma partilha do seu caminho com autenticidade,

demonstrando apoio, força, coragem, e apoiando na dor, diferenças, tristezas, fé e esperanças, promover um movimento de partilha e aprendizagem sem compromisso da integridade individual de cada cuidador.

Culhacik et al. (2020) afirmam que as suas intervenções de grupo lhes permitiram reduzir a ansiedade e depressão previamente identificadas, bem como promover nos cuidadores o desenvolvimento de um maior respeito pela sua qualidade de vida, com um maior sentido de bem-estar, resiliência, autoconhecimento e expressão emocional. Os métodos utilizados para alcançar estes resultados foram jogos terapêuticos, grupos de apoio com métodos comportamentais ou cognitivos. Foram desenvolvidas atividades artísticas por meio da música, pintura, colagens, argila, dança e movimento que permitiram aos cuidadores adquirir competências adaptativas face aos desafios encontrados. Este autor além de abordar a intervenção mediada pela arte como eficaz para diminuir a dor, ansiedade e melhorar o humor, demonstra que esta permite às pessoas lidar com os seus problemas de diferentes perspetivas e descobrir como podem encarar as suas dificuldades, com diferentes perspetivas e soluções ao contactarem com outros exemplos nos grupos de intervenção. Também o aconselhamento é abordado como eficaz para reduzir a desesperança e aumentar a satisfação da vida dos mesmos. Este autor afirma que a satisfação com a vida está relacionada com a saúde física, mental, social e emocional e que conhecer e aumentar os pontos fortes da família, aumenta a satisfação das mesmas, o que, por consequência, produz melhores cuidados.

Sobre as intervenções individuais são poucos os autores que fundamentam as mesmas, no entanto Cardoso et al. (2012) associa a sobrecarga à culpa e sintomas depressivos. A intervenção psicoeducativa é considerada positiva à luz deste autor assim sejam tidas em conta as características e necessidades do cuidador bem como fatores socioculturais do mesmo.

Tanriverdi e Ekinci (2012) abordam a temática alertando que ser cuidador é uma responsabilidade stressante, que muitas vezes diminui a qualidade de vida dos mesmos. As habilidades comunicacionais na família, as estratégias de resolução de problemas, o esclarecimento da origem da sobrecarga, a importância da partilha do cuidado e do autocuidado para a gestão do stress e o desenvolvimento de relações sociais foram alguns dos temas abordados por estes autores nas suas sessões de psicoeducação. Esta intervenção individual é defendida pelos mesmos como eficaz para o desenvolvimento da perceção e diminuição da sobrecarga, dos seus sistemas

de apoio social e competências, bem como para melhorar a relação entre cuidador e utente. Estes autores afirmam que ao fim de 3-4 semanas de intervenções psicoeducacionais se verificam resultados positivos na diminuição da sobrecarga, ansiedade, reações emocionais e confusão decorrentes da falta de conhecimentos sobre o cuidar, pelo aumento das competências adaptativas.

A importância do EEESMP enquanto educador é vista por estes como importante para se apurar as necessidades dos utentes, famílias e comunidade por forma a melhorar a saúde mental dos mesmos, bem como incentivar a aprendizagem de como lidar com as doenças e prevenir eventuais agravamentos.

As intervenções segundo Viegas et al. (2018) são mais eficazes quando desempenhadas individualmente e efetuadas perante a recolha de informações pessoais do cuidador, que permita conhecer as suas características, necessidades e perceções. Desta recolha devem surgir ações, previamente discutidas e selecionadas com o próprio cuidador tendo sempre em conta a importância da participação e da tomada de decisão sobre as intervenções mais adequadas a si. O EEESMP pode assim ajudar o cuidador a reconhecer e desenvolver estratégias para lidar e diminuir a sobrecarga e toda a sintomatologia associada à mesma.

Estes autores relacionam ainda o stress do cuidador a um *coping* ineficaz, que dificulta a gestão de questões internas e externas. Esta abordagem deveria ser realizada proactivamente e não por forma reativa na promoção da saúde dos cuidadores. Desta forma, os ensinamentos realizados pelo enf.º possibilitam ao cuidador aprender novas competências perante as necessidades de desenvolvimento e mecanismos de coping que lhe permita uma melhor resolução de problemas e gestão emocional. Esta ligação de diagnósticos permitiu apurar que a intervenção foi eficaz na diminuição da sobrecarga, no aumento do *coping* e no aumento do bem-estar emocional do cuidador.

A falta de intervenções psicoeducacionais desenvolvidas em Portugal é um tema abordado pelos autores que referem que, por ser limitada e pouco frequente, há uma grande necessidade de se começar a aprofundar a eficácia desta dada a importância transversal que cada vez mais estas têm nos cuidados de enfermagem.

Para Amaral et al. (2020), a intervenção psicoeducacional assume cada vez maior destaque perante cuidadores familiares, por via de os dotar de conhecimentos e competências não só para cuidar do seu familiar como também para visar uma diminuta sobrecarga emocional, física e o aumento de estratégias para lidar com os

problemas que vão surgindo assim como a sintomatologia associada à necessidade de prestação de cuidados. Assim, esta intervenção tem como foco principal as atitudes e comportamentos de saúde, “o desenvolvimento e fornecimento de instrução e experiências de aprendizagem para facilitar a adaptação voluntária de comportamento que promova a saúde de indivíduos, famílias, grupos ou comunidades” (p.174). O mesmo autor também afirma que estas intervenções se têm tornado muito eficazes quando desenvolvidas em contexto familiar, para a “prevenção de recaídas e reinternamentos, contribuindo para melhorar a recuperação das pessoas e para preservar a saúde física e mental dos membros da família, bem como a qualidade de vida.” (p.174)

Amaral et al. (2020, p.174) referem que a psicoeducação,

é uma intervenção de Enfermagem que compreende intervenções sistémicas, didáticas e psicoterapêuticas, adequadas para informar o doente e os seus familiares acerca da doença e do seu tratamento, facilitando a compreensão e a gestão responsável da doença, e dando suporte a todos aqueles que se veem obrigados a lidar com a doença.

A intervenção, individual ou de grupo, deve ser estruturada num programa de três a seis semanas, uma a duas vezes por semana, em sessões de 45-90min. A avaliação deve ser realizada no início, no fim e três meses após como follow-up. É importante que durante a mesma as pessoas sejam educadas para a dotação de conhecimentos para lidarem com o problema, integrando devidamente a componente emocional para que estas possam desenvolver uma eficaz gestão emocional. Está preconizado que esta intervenção seja delimitada no tempo, organizada em sessões focadas para a realidade atual e para a resolução de problemas (Amaral et al., 2020).

Embora seja uma atividade que pode ser realizada por um enfermeiro de cuidados gerais a trabalhar na área, esta só é considerada enquanto intervenção psicoeducativa quando é realizada por um EEESMP que visa dotar o formando de literacia em saúde mental e comportamentos promotores da mesma. Esta intervenção não tem como objetivo tratar, mas sim ser parte integrante de um programa de intervenção terapêutica que dê resposta aos problemas e onde seja possível alterar-se significados e a abordagem aos mesmos, capacitando as pessoas para compreenderem os diagnósticos e promovendo a aprendizagem de estratégias para lidar com os problemas (Amaral et al., 2020).

A psicoeducação familiar é abordada por Pinho (2020) como uma intervenção de extrema importância para se atingir a eficácia não só para a redução da sobrecarga como para a promoção da saúde mental dos familiares que se envolvem nos cuidados.

Esta intervenção permitirá criar uma cooperação entre enf.º e cuidador, promovendo a redução do stress, da sobrecarga, dos sentimentos de raiva e culpa no ambiente emocional na família. Com recurso ao incentivo e criação de limites ajustados é possível promover as mudanças necessárias nos comportamentos e crenças familiares sem compromisso da autonomia. A família deve ser preferencialmente abordada de forma individual e em domicílio para se promover um acompanhamento mais próximo e acessível, no qual se podem incluir mais facilmente todos os membros envolvidos no processo de cuidar e recuperação. Neste tipo de intervenção o autor aborda a utilidade de se usarem panfletos informativos durante as sessões. Devem ser utilizados questionários para avaliação da sobrecarga, stress, entre outros que permitam a avaliação do problema e da eficácia da intervenção, antes e após a aplicação da mesma. Estas abordagens multifamiliares tornam-se assim úteis para promover a catarse, partilha de emoções e experiências entre familiares.

Sampaio et al. (2020) abordam as intervenções psicoterapêuticas de enfermagem como técnicas de psicoterapia, realizadas de forma informada e intencional, com o objetivo de ajudar a pessoa a modificar positivamente os seus comportamentos, cognições, emoções entre outras características individuais. Para que possa ser uma atividade estruturada existe um modelo para aplicação da mesma como referência. Esta é baseada essencialmente numa relação terapêutica com vista a integração dinâmica de várias técnicas por forma a dar resposta ao problema identificado.

Estas intervenções devem ter uma duração entre três a doze sessões, de acordo com cada indivíduo e a sua evolução, as sessões devem ter uma duração entre 45-60 minutos, podendo estas ser desenvolvidas num *setting* de ambulatório como também de internamento. Entre os vários diagnósticos, que os autores abordam, destacam-se os que poderão ser relacionados e interligados ao tema do projeto e úteis para serem trabalhados com os cuidadores: ansiedade; isolamento social; stress do cuidador; dificuldade de *coping*; risco de suicídio; risco de stress do cuidador; sobrecarga por stress; risco de humor depressivo; risco de stress por mudança.

Na área da saúde é necessário salientar a importância de existir uma cooperação multidisciplinar promotora de uma prática de cuidados baseados na evidência e com objetivos delimitados. É nesta sequência que o enf.º conquista a função essencial de desenvolver responsabilmente ações educativas, pesquisas e

assistência clínica garantindo que as necessidades levantadas com os cuidadores são supridas (Beuter et al., 2009). Foi assim que se iniciou o planeamento deste projeto, através de uma cooperação com os enfermeiros orientadores, sendo que o orientador do local de estágio teve um impacto fundamental na discussão do tema, na seleção dos cuidadores, de acordo com os sintomas que os cuidadores demonstravam e na transmissão de informações entre equipa, da ECCI, para que se abrangessem os cuidadores afetos a toda a equipa e, quando necessário pudessem ser sinalizados para intervenção, conforme aconteceu ao longo das semanas de intervenção.

No seguimento desta cooperação foi possível um eficaz e integrado planeamento do projeto. Embora alguns autores abordem os *timings* ideais para uma intervenção com obtenção de resultados positivos, é pouco consensual esta informação. Além disto, quando abordada a possibilidade de intervenção familiar, devidamente baseada na evidência, verificou-se que muitos cuidadores recusam uma abordagem de grupo, demonstrando apenas a disponibilidade para uma abordagem direta, individual e planeada a médio prazo. Foram por isso mesmo planeadas intervenções individuais com os cuidadores, o que também é justificado pelo maior benefício para cada cuidador, conforme descrito na literatura.

A entrevista semiestruturada permite delimitar os objetivos de intervenção de forma flexível perante cada CI, sem se limitar as respostas às questões colocadas. Neeb (2000), vê a entrevista na enfermagem como o processo principal de colheita de dados, pois esta permite recolher informação quanto a ideias, comportamentos, preferências, expectativas e sentimentos de acordo com os relatos pessoais de cada um. O seu planeamento torna-se assim um poderoso aliado para que individualmente a intervenção seja bem delimitada não só ao cuidador, mas também à sua família perante as necessidades apuradas ao longo de todo o processo de avaliação, que como processo contínuo pode a qualquer momento sofrer alterações e necessitar de novas abordagens por parte do profissional que a trabalha e do cuidador que a vive.

Conforme já abordado no subcapítulo 6.1.2. as escalas e o tipo de entrevista foram escolhidos para um melhor planeamento e diagnóstico do problema, permitindo outras visões e soluções sobre o problema. Desta forma, será possível atuar como EEESMP e perceber-se a sensibilidade e vulnerabilidade dos cuidadores perante a experiência vivenciada de cuidar e a sua reação perante as intervenções sugeridas e planeadas para se realizar individualmente com cada um.

A aplicação do MCAF e dos instrumentos associados a este, também já explanados anteriormente, permitirão conhecer o cuidador não só como ser individual, mas como parte integrante de uma família, com um funcionamento próprio e com apoios externos além da ECCI. Mais especificamente, o ecomapa, permitirá identificar as relações e ligações da família com o meio onde o CI habita e o genograma permitirá identificar as relações e ligações dentro do sistema familiar através também da interligação com a psicofigura de Mitchell (Agostinho, 2007). Estes conhecimentos permitirão uma adequada organização das intervenções com os CI's tendo em conta os recursos existentes nas suas vidas.

De maneira a contemplar as preferências de cada cuidador e adequar as estratégias de intervenção, foram planeadas com os cuidadores sessões psicoeducacionais ou psicoterapêuticas individuais, em domicílio escolhido pelos mesmos, com o intuito de criar uma relação terapêutica de enfermagem que permita implementar a intervenção já aqui defendida. A escolha do tipo de intervenção será realizada perante as necessidades de cada cuidador e terá como base também o tipo de intervenção passível de ser desenvolvida perante o grau de motivação e envolvimento de cada cuidador ao longo das sessões.

O projeto desenvolvido terá assim o intuito de apoiar a UCC a desenvolver intervenções que permitam ajudar o CI a prevenir e/ou a reduzir a sobrecarga, através da adoção de comportamentos, atitudes e medidas de mudança, que permitam ir ao encontro das suas necessidades e vulnerabilidade.

### **6.3. Intervenção**

o melhor tratamento para diminuir a sobrecarga e/ou mal-estar do cuidador é a sua prevenção, e a melhor forma de o fazer é por meio do suporte integral, entendendo-o como o conjunto de medidas que visam facilitar e/ou tornar mais suportável o seu trabalho como cuidador: favorecer a procura de tempo livre para suprimir as próprias necessidades e evitar a solidão, proporcionar ferramentas para a tomada de decisão, promover o descanso, etc. (Ferré-Grau e Sequeira, 2020, p.315).

As atividades desenvolvidas foram norteadas pelas competências do EEESMP, baseadas na evidência, nas preferências e necessidades de cada CI.

Após as apresentações iniciais, foi planeado, com cinco dos CI's a realização da intervenção em sua casa e com o C3 a intervenção foi realizada no domicílio da pessoa dependente. Todas as sessões foram marcadas em horários ajustados com o

CI e a sua duração foi ajustada não só às necessidades dos mesmos como às suas disponibilidades. Uma vez que na evidência científica não há uma abordagem consensual de quanto tempo se deve intervir com os cuidadores a título individual, após discussão deste tema com o orientador de estágio, previu-se que a duração de 45-90 minutos, por sessão, seria benéfica para o cuidador não se perder do objetivo da intervenção, nem perder o interesse em atingir francas melhorias perante o diagnóstico principal de sobrecarga.

O plano de gestão do estágio e de intervenção inicialmente previsto, para dois encontros semanais, prévio à intervenção com cada cuidador identificado, teve de ser adaptado para uma sessão semanal, devido à indisponibilidade dos CI's em dispor de mais para se dedicarem a si. O número de sessões realizadas com cada pessoa foi gerido de acordo com a evolução e os resultados obtidos ao longo da intervenção, sendo que foram sempre planeadas sessões para um mínimo de 6 semanas, o que nem sempre foi possível por motivos alheios à intervenção. Dada a existência de diferentes necessidades, relacionadas com a sobrecarga/diagnósticos levantados, a intervenção com cada CI foi devidamente ajustada e adaptada ao longo das sessões.

Na primeira sessão, foram explicados os papéis a desempenhar por todos os intervenientes, bem como os objetivos da intervenção, permitindo ao CI um consentimento informado e esclarecido. A partir daí foram avaliadas as necessidades de cada cuidador com recurso aos instrumentos já aqui referidos. Sempre que os resultados da ESCZ foram superiores a 46 e se confirmava a sobrecarga, era dada essa informação ao cuidador e apresentada a proposta para intervenção individual. Todos aceitaram fazer parte da mesma, e por isso foi fornecido um documento (apêndice II) que formalizou o consentimento, dando-se início à intervenção.

Posteriormente procedeu-se ao preenchimento da EAAH e tentou-se perceber se o score estaria relacionado com a ESCZ procedendo-se ao início da colheita de dados pessoais, sociodemográficos, psicossociais e clínicos do CI através de um guião (apêndice III) previamente desenvolvido e que era aplicado com base numa entrevista individual semiestruturada. No fim do guião procedeu-se, sempre que possível, ao preenchimento do genograma e do ecomapa, sendo que muitas vezes estes só foram terminados com o desenvolvimento da sessão seguinte.

Estes instrumentos de avaliação, pertencentes à categoria estrutural do MCAF, permitiram uma avaliação de aspetos como a perceção da dinâmica familiar e dos recursos de apoio para o cuidado, assim como das relações significativas do CI com

outras pessoas e instituições. Assim, quando necessário seria possível, com o devido conhecimento, pedir ajuda ou integrar uma rede de suporte, que lhes permita aprender a dar resposta às suas necessidades e gerir a sua sobrecarga.

Embora tenha havido interesse na utilização de todos os instrumentos, nem todos os cuidadores os preencheram. Com o C3 não foi possível pela curta duração das sessões e por este ter desistido ao fim de duas sessões da intervenção.

Ao aplicar alguns dos instrumentos disponibilizados pelo MCAF, foi possível relacioná-los com a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman e daí apurarem-se diagnósticos, necessidades, expectativas e vulnerabilidades, sejam estas práticas ou formativas dos CI's, para que em seguida fosse possível estruturar um plano de ação com intervenções individualizadas, por forma a fortalecer a linha normal de defesa.

Apesar da escassa evidência sobre os instrumentos úteis para atenuar a sobrecarga, houve necessidade de integração de mediadores psicoterapêuticos e expressivos como massagem terapêutica com recurso a óleos essenciais ou leitura e interpretação de poemas como método de terapia literária. Tal foi necessário, em parte, pela dificuldade sentida por alguns dos cuidadores em relaxar e exprimir os seus sentimentos e emoções no curso da relação terapêutica estabelecida nas sessões. Assim, tendo em conta todos os conhecimentos adquiridos nas aulas teóricas e a escassa evidência consultada, optou-se por integrar estes mediadores nas sessões com vários cuidadores, o que permitiu ao cuidador, no momento de intervenção, sentir-se menos vulnerável, mais tranquilizado e expressivo, tornando-se mais competente para desenvolver estratégias na gestão da sobrecarga.

As sessões iniciaram-se com uma avaliação do curso da semana anterior, pois é essencial para o processo terapêutico, compreender-se qual a perceção do cuidador em relação aos principais stressores que dão origem à sobrecarga e forçam as suas linhas de defesa, normal e flexível. Desta forma, foi possível conduzir cada CI a refletir sobre como o seu dia-a-dia poderia beneficiar ou prejudicar a sua resposta perante os mesmos e como isso interfere no seu processo de cuidar e ser cuidado durante as sessões, potenciando um melhor equilíbrio e recuperação perante o problema.

Perante os vários diagnósticos de enfermagem já abordados anteriormente foram então planeadas as intervenções de enfermagem que permitiram atuar com vista à melhoria de cada CI e que foram naturalmente registados em sede própria.

Beuter et al. (2009) afirma que existem fatores que melhoram a capacidade dos cuidadores para dar resposta ao processo de sobrecarga, entre eles, refere o

desenvolvimento de atividades fora de casa, ter uma profissão gratificante, apoiar-se em grupos de ajuda mútua, estabelecer limites no comportamento do familiar e valorizar a importância da espiritualidade. Os CI's foram incentivados ao longo da intervenção a manter várias das atividades que tinham a seu cargo/nas suas rotinas até serem CI's, para que de alguma forma não sentissem desesperança nem perda de identidade, como muitos referiam ter sentido desde que se tornaram cuidadores.

Ao longo das 13 semanas, vários foram os obstáculos e dificuldades sentidas com os cuidadores. A resistência na marcação das sessões com alguns cuidadores foi várias vezes sentida. Apesar de as sessões serem marcadas diretamente com cada cuidador perante a sua disponibilidade, várias foram as sessões não realizadas semanalmente, conforme estruturado, por os cuidadores não se reconhecerem como prioritários no cuidado em relação à pessoa dependente. Fez-se esta indução pois verifica-se frequentemente que são priorizadas outras tarefas por os cuidadores apresentarem dificuldade em aceitar que eles também precisam de ajuda. Neste sentido, descaram de si próprios e das suas necessidades, o que também é reconhecido na evidência, pois para darem resposta às necessidades do seu familiar, têm uma menor perceção da satisfação das suas, não compreendendo que o bem-estar da pessoa cuidada também depende do bem-estar do CI.

Ainda assim, vários foram os cuidadores que demonstraram disponibilidade para, semanalmente, realizar a sua sessão e pediam com frequência mais tempo de intervenção para aprenderem a lidar melhor com a sobrecarga que sentiam e com os seus sentimentos e necessidades relacionados com o cuidar e a família. Desta forma, a escuta ativa, o tempo para o silêncio terapêutico, o aconselhamento, o esclarecimento de dúvidas e sentimentos demonstraram-se eficazes na relação enfermeiro-cuidador e na criação de relações terapêuticas onde a empatia e confiança no trabalho desenvolvido estava presente.

Entre as mais variadas opções de intervenção, foram efetivamente desenvolvidas intervenções psicoeducacionais e psicoterapêuticas, com recurso ao aconselhamento e à utilização de mediadores expressivos, sempre assentes numa relação terapêutica. Em concordância com o CI, foram planeadas algumas sessões, com recurso a óleos essenciais, poemas, massagem e treino cognitivo, por forma a incentivar a expressão de sentimentos, o relaxamento e a adoção de estratégias de distração e treino mental através da leitura de poemas, da interpretação dos mesmos e relação com a própria experiência de vida, o treino mental e o relaxamento através

da massagem nas mãos. Deste modo foi possível induzir a tranquilidade quer pelo estímulo cognitivo quer pelo estímulo tátil, quer pelo estímulo olfativo.

Durante o processo, sempre que se verificou dificuldade na consecução dos objetivos delineados, foi efetuada uma avaliação das necessidades e das opções de intervenção com o CI e com recurso à equipa multidisciplinar. Valorizou-se, deste modo, o poder de decisão do CI e o papel da equipa multidisciplinar.

Ao longo das 13 semanas foi possível registar detalhadamente no sistema informático *SClínico*® o trabalho desenvolvido por cada CI, por forma a assegurar que não só a equipa de enfermagem, mas também a restante equipa multidisciplinar tivesse informação da intervenção individual que desenvolvi com cada CI e os resultados obtidos com a mesma. Na sequência deste registo, no fim da intervenção, foi elaborada para cada CI uma nota de alta, com os respetivos resultados e conselhos de medidas a adotar. Desta forma individual e personalizada foi colocada neste documento a informação necessária para que a sobrecarga não aumentasse novamente e estes conseguissem gerir a mesma com melhor *insight* para a situação e as suas necessidades enquanto seres individuais para além de cuidadores.

Juntamente com os registos realizados e da nota de alta, foram elaborados três folhetos sobre as temáticas desenvolvidas com os CI's e que surtiram efeito positivo na dinâmica da intervenção e respetiva recuperação dos mesmos segundo a sua avaliação da intervenção. As temáticas abordadas foram: “Os óleos essenciais como mediadores na intervenção de enfermagem na gestão da perturbação de ansiedade”, “Biblioterapia e...Arteterapia” e ainda “GinasticaMente, Exercícios de estimulação cognitiva” e estão respetivamente partilhadas neste relatório nos apêndices V, VI e VII.

Estes documentos foram todos fornecidos a cada CI no fim do estágio. Embora a literatura refira que nas intervenções psicoeducacionais se deva realizar um follow-up 3 meses após o término do acompanhamento, os mesmos não foram realizados devido ao panorama pandémico que se iniciou pouco depois do fim desta intervenção.

#### **6.4. Avaliação**

Inicialmente, alguns CI's aceitaram, sem limitação, realizar as sessões pelo tempo sugerido e disponibilizado pelo terapeuta. Com o passar das semanas, quem inicialmente requeria mais tempo de intervenção, começou a necessitar de sessões mais curtas por apresentarem francas melhorias das suas necessidades. O C2 e o C3

no início recusaram mais do que 30 minutos de intervenção. Apesar do C3 ter desistido, o C2 ao longo das semanas, foi dispondo de mais tempo para a sessão.

Alguns dos cuidadores, ao início, demonstraram medo de serem mal interpretados ao falarem dos seus sentimentos e necessidades perante uma ambivalência de sentimentos de culpa associados à obrigação que sentem em cuidar do seu familiar e/ou justificar o que aconteceu para chegarem àquele papel. A literatura confirma-se na prática quando o C3 desistiu ao fim de duas sessões optando por fornecer várias justificações inespecíficas, embora tenha sempre sido elucidado da não obrigatoriedade da intervenção. O C2 alega frequentemente não poder dispensar tempo do exercício do seu papel, pois só ele poderia cuidar do ente, apesar de ter outro familiar a fazê-lo em parte do horário. O C4, após o familiar ser internado pela segunda vez, acaba por cancelar as sessões alegando falta de tempo. O C6 depois da esposa falecer e demonstrar sinais de risco de suicídio cessou contacto com a equipa durante duas semanas. O C1, com sinais de franca melhoria quando começou a trabalhar, também deixou de atender o telefone, durante duas semanas.

Através desta intervenção na UCC, foi possível confirmar a existência de vários CI's em sobrecarga, no entanto, nem todos se demonstraram recetivos para a intervenção, minimizando as suas necessidades em prol daqueles de quem cuidam mesmo que se sintam "cansados" no desenvolvimento do seu papel. Dos CI's acompanhados, dois demonstraram-se pouca recetividade à intervenção quando explicados os motivos da mesma. Podemos retirar algumas conclusões: que a intervenção foi bem-sucedida com cinco CI's, equivalente a uma percentagem de 83%; o C1 teve alta após cinco sessões; que todos apresentaram melhoria dos valores apurados com a avaliação da ESCZ; e que três CI's (C2, C4, C5) ainda apresentavam necessidade da intervenção se houvesse disponibilidade para a sua realização.

Na prática são raros os cuidadores que continuam a trabalhar. Quem está em idade de o fazer, recorre a atestado de assistência à família para cuidar dos seus ou afirma falta de tempo e energia para o fazer. Apenas o C3 se encontrava a trabalhar enquanto prestava apoio ao seu familiar. O C4 usufruiu de atestado de assistência à família durante todo o tempo da intervenção. Todos os restantes estavam desempregados ou reformados. Apenas o C1, C5 e C6 se permitiram ter alguma atividade fora de casa, sendo que o C6 ia durante 2 horas jogar xadrez com amigos todos os dias a seguir ao almoço, dizendo ser "a minha terapia" (sic), o C1 voltou à igreja e às suas rotinas religiosas após a morte do familiar e inicia durante a

intervenção novamente atividade laboral, reconectando-se também com a restante família. Nenhum estabeleceu limites familiares, assumindo sempre os cuidados, deixando-se sobrecarregar pois subjaz a firme convicção de que o cuidar depende apenas deles.

Embora Beuter et al. (2009) defendam a necessidade de haver uma rede de suporte de cuidados provenientes da rede familiar que se responsabilize pelo cuidado ao utente, verificou-se na prática que embora todos os cuidadores tivessem ajuda por parte da ECCI na prestação de cuidados de enfermagem ao seu familiar dependente, apenas o C2 alternava a sua atuação com um familiar, quando este vinha do trabalho ou com as redes externas de apoio (para a higiene ou terapia da fala). O C6 tinha apoio externo para a higiene e alimentação. O C3 tinha apenas apoio de um familiar em algumas AVD's e períodos do dia sem qualquer outro apoio externo. O C5 só tinha apoio na higiene para apenas um dos seus familiares dependentes. Percebe-se desta forma, que esta análise só foi possível por terem sido aplicados diversos instrumentos ao longo das entrevistas realizadas com cada CI.

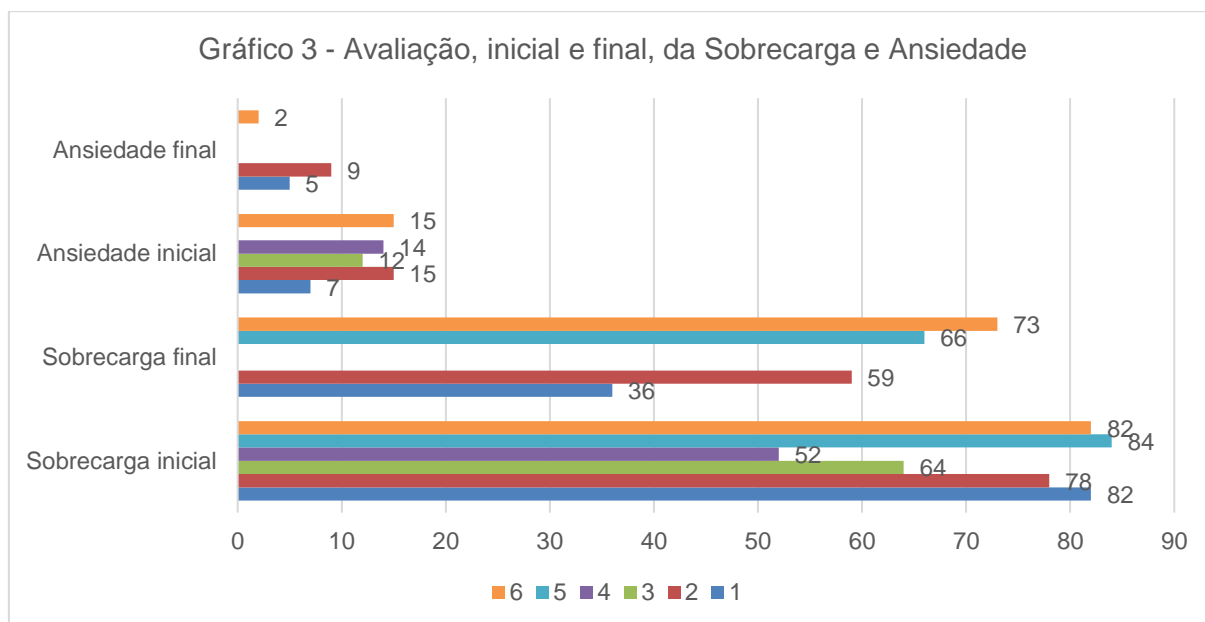
Ao longo do tempo, verificou-se um aumento na recetividade de cada CI para a abordagem e para a expressão de emoções e sentimentos bem como se demonstraram disponíveis para aplicar mediadores expressivos durante as sessões que lhe pudessem permitir uma nova abordagem perante a sobrecarga. Permitiram-se assim relaxar bem como expressar mais facilmente as suas emoções através de mediadores escolhidos individualmente e com a concordância para e de cada um. Os mediadores utilizados demonstraram ser úteis perante a temática desenvolvida individualmente e conseqüente melhoria dos resultados, promovendo a recuperação da saúde mental do cuidador e trabalho cognitivo.

Quando a técnica de relaxamento era utilizada através da massagem terapêutica com óleo essencial de lavanda, foi possível verificar perante os três cuidadores (C1, C4, C5) com quem estas técnicas foram desenvolvidas, a indução de um relaxamento pelas vias olfativas para além do toque, com alteração visível na forma mais espontânea com que se exprimiam, os assuntos abordados, a postura corporal, o padrão respiratório e o feedback após a utilização desta técnica. Quando se utilizou a terapia literária com o C2, através da leitura e interpretação de poemas, verificou-se uma maior dificuldade na expressão de sentimentos. Embora os poemas fossem fornecidos antecipadamente para leitura e motivação semanal, o cuidador não realizava este trabalho, referindo falta de tempo embora tivesse inicialmente referido

que gostava muito de ler poemas. Constata-se assim, que embora este tenha permitido a intervenção, não estava completamente dedicado a ela e não se permitia cuidar como seria expectável, não só pela não aceitação das sugestões de passear na rua, como de ler os poemas, como de ir ao café, entre outros. Embora a dificuldade sentida ao longo das sessões com este CI em particular, houve um aumento de expressão emocional, houve uma necessidade de aumento de tempo para a realização das sessões e já nas últimas sessões o próprio cuidador ia buscar os poemas para sua leitura e análise. Pela avaliação deste processo, compreende-se que embora tenha havido alguns obstáculos durante o processo, que a utilização desta intervenção permite de alguma forma motivar o cuidador a utilizar estes mediadores como auxílio para a sua expressão de sentimentos e emoções.

A avaliação de resultados foi realizada mediante a aplicação da ESCZ e da EAAH no final da intervenção ou alta.

O sucesso da intervenção foi apurado mediante comparação de resultados obtidos entre o momento inicial e final de intervenção e a opinião diretamente perante os mecanismos de intervenção utilizados com cada CI. Verificou-se conforme se vê na tabela a seguir, que com frequência a sobrecarga está interligada à ansiedade e que os scores tendem a baixar na sobrecarga ao mesmo tempo que na ansiedade.



Na prática deste projeto, verificaram-se ainda dificuldades ao se tentar planejar intervenções de grupo, derivadas da falta de disponibilidade em realizarem mais do que uma sessão semanal e para a intervenção de grupo sugerida. Não foi assim possível confirmar os benefícios da evidência científica relatada pelos autores já supracitados no capítulo do planeamento onde estas intervenções são explanadas.

Ao deixar disponíveis em plataforma informática os registos realizados ao longo das 13 semanas de intervenção, as notas de alta e ainda os folhetos realizados, tenho como esperança de que estes possam vir a ser utilizados na UCC com vista a implementação de apoios ao CI, especialmente em sobrecarga ou por forma a evitar a mesma e assim se poder dar continuidade ao trabalho por mim desenvolvido ao longo do estágio. Desta forma, estarei a potenciar a criação de parcerias com o objetivo de progresso, conforme a DGS (2017) preconiza no PNSM.

## **6.5. Divulgação de Resultados**

Até ao momento, dado os constrangimentos causados pela situação pandémica, não foi ainda possível fazer uma divulgação formal a toda a equipa da UCC. No entanto, está previsto na génese deste projeto a sua inerente divulgação aos profissionais de saúde envolvidos. Deste modo, está ainda a ser equacionada a forma de operacionalizar esta divulgação no contexto de estágio.

Ainda assim, tal como já indicado anteriormente, toda a avaliação e trabalho desenvolvido foi devidamente registado em sistema informático *SClínico®* para que sempre que necessário possa ser consultado por todos os profissionais de saúde que utilizam este sistema e acompanham o utente e/ou família.

Como meta final de divulgação de resultados, este projeto será apresentado em discussão pública na defesa do relatório para obtenção do título de especialista e mestre em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Prepara-se, neste momento, a submissão de poster e/ou comunicação livre para congressos, jornadas e outros eventos da especialidade.

## **6.6. Questões Éticas**

As questões éticas inerentes a este tipo de projeto de intervenção, comprometem o investigador com todos os princípios éticos que norteiam qualquer investigação. Para tal contribuem também o CDE e os valores universais a observar na relação profissional, são eles a liberdade, a verdade, a justiça, o altruísmo, a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional, de forma a preservar a autonomia e a equitatividade no acesso aos cuidados de saúde (OE, 2015a).

Todas as investigações que envolvem pessoas exigem que as questões éticas sejam salvaguardadas, desde a determinação do problema até à sua resolução/conclusão. Desta forma,

*(...) a investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades das pessoas. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações” e ainda que “(...) o investigador deve assegurar-se que o seu estudo é o menos invasivo possível e que a intimidade dos sujeitos está protegida (Fortin, 2000, p.116).*

Por tudo isto, foi solicitado por escrito autorização para o desenvolvimento deste projeto ao Diretor Clínico do ACES e à Enf.<sup>a</sup> Coordenadora da UCC, tendo esta emitido um parecer positivo quanto ao seu desenvolvimento (apêndice X) e aplicação da ESCZ e da EAAH bem como do guia da entrevista previamente realizado e do consentimento informado, livre e esclarecido, por forma a assegurar a proteção da identidade do CI e qualquer informação ao longo da intervenção, respeitando sempre os seus direitos ao anonimato, privacidade e confidencialidade.

Cada cuidador depois de permitir e autorizar aos enfermeiros da UCCI a apresentação do projeto pelo investigador, assinou o seu consentimento de forma voluntária e informada. Este documento foi criado para salvaguardar e respeitar a confidencialidade do cuidador e respetivas abordagens ao longo do processo bem como para assegurar ao CI que a prática da enfermagem era baseada nos princípios éticos inerentes à carreira profissional e que a sua participação seria sempre voluntária. Posteriormente para garantir a confidencialidade do mesmo, os notas de campo e registos individuais efetuados foram codificados, sendo que só o investigador e o orientador tinham conhecimento a quem correspondia cada código por forma a caso, em algum momento fosse extraviada alguma informação individual, a confidencialidade fosse garantida na mesma, e os dados colhidos não pudessem ser utilizados incorretamente por terceiros.

As escalas utilizadas, já estavam disponíveis para possível utilização comunitária pela ECCI, no ACES, em sistema informático *SClínico®*, pelo que na sequência das intervenções realizadas e disponíveis para desenvolvimento na aplicação, foram sempre assegurados os registos individuais de cada cuidador tendo sempre por base os princípios éticos em cuidados de saúde de beneficência, não-maleficência, justiça, respeito pela autonomia e vulnerabilidade.

## 2ª PARTE - ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Ser enfermeiro especialista implica todo um quadro de competências comuns e específicas que tornam o profissional diferenciado para cuidar individualmente e em grupos de pessoas, como um ato recíproco temporário com vista a necessidade de ajuda.

Sendo que todo o cuidado deve ser multidimensional é importante ter as mais variadas conceções em conta. Também por isso é importante não só valorizarmos os referenciais de competências comuns a todos os enfermeiros e o seu desenvolvimento, mas também todos os conhecimentos adquiridos na base teórica com as disciplinas e na base prática com a experiência profissional que tornam a nossa atuação mais completa e eficaz.

Desta forma segundo a OE (2015b),

se a prática dos cuidados é a essência e a dimensão pragmática, intelectual e unificadora da profissão de Enfermagem, o papel do enfermeiro (e o seu dever) configura-se pela responsabilização «para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de Enfermagem» (art.º80, p.56)

O regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista determina que estes profissionais “partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde” (OE, 2019, p. 4744). Deste modo, torna-se imprescindível que aqui se demonstre o processo que conduziu à aquisição destas competências.

Olhando para o domínio da “**responsabilidade profissional, ética e legal**” compreende-se que se desenvolveu uma prática que procurou desde sempre garantir um exercício ético e seguro da profissão. Para tal, todos os processos de tomada de decisão associados à prática clínica dos cuidados e à prática da investigação foram fundamentados, refletidos e partilhados com o Cliente, equipa e restantes envolvidos na circunstância. Exemplos disto foram o respeito incondicional pela privacidade e autodeterminação dos clientes com quem se prestou cuidados, assim como as considerações éticas e tomadas de decisão no contexto da investigação já amplamente aqui descrita. Garantiu-se, deste modo, uma prática de cuidados que respeitou, e que respeita, os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, tal como defendido no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019).

Já o domínio da “**melhoria contínua da qualidade**” dos cuidados remete o enfº especialista para o seu papel de dinamizador de iniciativas na área da qualidade e da conseqüente melhoria contínua da prática da enfermagem. Neste sentido, a prática profissional foi exercida no sentido de aperfeiçoar o pensamento crítico com o intuito de avaliar de forma clara e incisiva as práticas e as necessidades do contexto envidando sempre esforços para promover a melhoria da sua qualidade quer através da colaboração em programas da área ou através de iniciativas desenvolvidas no âmbito de estágio associados ao mestrado. Exemplo disto são os folhetos construídos para sistematização das atividades terapêuticas individuais e os trabalhos desenvolvidos sobre “Os óleos essenciais como mediadores na promoção do relaxamento e gestão terapêutica especializada de enfermagem em doentes com sintomatologia ansiosa” (apêndice VIII) e a “Promoção do autocuidado como intervenção especializada em ESMP” (apêndice IX) que surgiram de uma avaliação das necessidades do contexto e se tornaram uma resposta para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Além disto, e focando agora o trabalho de projeto descrito na primeira parte deste relatório, sabe-se que “no exercício orientado para a comunidade, a prestação de cuidados de Enfermagem fomenta o desenvolvimento de aptidões pessoais dos seus membros para o autocuidado e o autocontrolo em aspetos do bem-estar social e da saúde da vida diária” (OE, 2015b, art.º 80, p.55). É por isto que se defende aqui a convicção de que na prática clínica que aqui tem vindo a ser descrita, houve uma “pré-ocupação” e um trabalho efetivo na melhoria da qualidade dos cuidados prestados promotores do autocuidado, autocontrolo e bem-estar social.

Ainda neste domínio, procurou-se sempre garantir um ambiente terapêutico e seguro tanto ao nível do estágio em internamento (tanto nos momentos individuais terapêuticas como nas atividades de grupo), como durante o processo de pesquisa com especial ênfase nos momentos da entrevista em contexto comunitário.

No nível do domínio da “**gestão dos cuidados**”, alicerçando-se sempre no trabalho de equipa, foi possível, otimizar o processo de cuidados e a tomada de decisão no sentido de fazer uma gestão efetiva dos cuidados de enfermagem. Exemplo disto é a prestação observada tanto no contexto da comunidade e respetivo trabalho de pesquisa como no contexto de internamento. Em ambas as circunstâncias foi disponibilizada assessoria aos enfermeiros e à equipa, tendo sido adaptada a gestão dos recursos às exigências dos vários contextos.

Tal como será discutido adiante, houve um franco investimento no “**desenvolvimento das aprendizagens profissionais**” enquanto domínio das competências comuns do EE.

Sabendo de antemão a necessidade intrínseca da enfermagem ter uma PBE, todo o percurso ao longo deste mestrado, quer ao nível teórico quer ao nível dos estágios, foi alicerçado na procura da evidência mais recente e robusta de modo a fundamentar e a tornar válidas todas as intervenções de avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica. A revisão integrativa da literatura que fundamentou o projeto de pesquisa de evidência que esteve na génese da criação dos trabalhos desenvolvidos ao longo dos estágios é um exemplo disso.

Estas pesquisas surgiram de um diagnóstico das necessidades formativas dos contextos e permitiram favorecer a aprendizagem e desenvolvimento de competências dos enfermeiros e do local. Concomitantemente à avaliação das necessidades na prática, também houve necessidade de enriquecer o percurso formativo com formações tais como: “Encontro do cuidador informal; II Mostra de Psicoterapias; + Contigo” conforme se poderá observar os respetivos certificados nos anexos IV, V e VI. É também certo que toda a prática de enfermagem desenvolvida ao longo do estágio baseou-se na evidência quer ao nível da avaliação diagnóstica como da intervenção terapêutica, estendendo-se naturalmente a todos os processos de relação terapêutica desenvolvidos, quer ao planeamento das atividades psicoterapêuticas e psicoeducativas de grupo.

Além disto e sabendo ainda que é competência comum do enf.<sup>o</sup> especialista a interpretação e a organização e a divulgação proveniente da evidência por forma a contribuir para o desenvolvimento da disciplina (OE, 2019) foram partilhados os resultados das intervenções com o enfermeiro orientador do contexto comunitário e foram, no contexto de internamento, partilhados os resultados obtidos não só com as intervenções de grupo realizadas como também da evidência consultada para a realização dos trabalhos supracitados sobre o autocuidado e os óleos essenciais na intervenção terapêutica de saúde mental e psiquiátrica.

Relativamente ao autoconhecimento, este é um domínio que deve ser desenvolvido não só nas competências comuns como também nas específicas.

Analisando agora as competências específicas do EE, na primeira competência “***Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento,***

**desenvolvimento pessoal e profissional”**, Rogers (2009) escreve que descobriu que melhorando o seu autoconhecimento, desenvolveu a sua capacidade de aceitar incondicionalmente o outro. É neste sentido que a prática da ESMP deve ser desenvolvida no seio de uma relação terapêutica, na medida em que esta pressupõe atitudes como o autoconhecimento, a autoconsciência e a autenticidade do enfermeiro, na relação. Ora, tal só é possível através de um intenso, constante e inexorável processo de autoconhecimento.

Para isto, ao longo destes dois anos de mestrado, foram adquiridas competências relacionais e de intervenção terapêutica na prática de cuidados através da observação e realização de momentos individuais terapêuticos, foram adquiridas ainda competências através das muitas reflexões realizadas com as equipas multidisciplinares e individualmente por suporte escrito (jornais de aprendizagem), bem como através das discussões com os enfermeiros e professor orientador ao longo dos estágios, das notas de campo auto refletidas, desenvolvidas após cada intervenção. E, ainda, através de todo o trabalho realizado na disciplina de Desenvolvimento Pessoal e Profissional, que me permitiu não só desenvolver um olhar atento sobre a minha personalidade, mas também sobre a importância dos meus comportamentos sobre mim e terceiros, aumentando desta forma o meu autoconhecimento e permitindo uma evolução da minha inteligência emocional que contribuiu para um melhor estabelecimento de relações terapêuticas mais conscientes com os cuidadores e os doentes tendo em conta toda a minha essência enquanto ser individual e profissional.

Embora o autoconhecimento seja fundamental, ao longo dos estágios, este foi um processo que conduziu a vários conflitos internos, nomeadamente quanto à gestão dos silêncios, e das expectativas criadas para cada intervenção e que muitas vezes conduziram a processos internos de gestão da frustração, estimulando a intenção de constante desenvolvimento pessoal e profissional.

Neste percurso optou-se ainda por investir no autoconhecimento e inteligência emocional, através de um processo psicoterapêutico individual iniciado desde então e que contribuiu para um maior respeito e aceitação da individualidade do outro.

Analisando a segunda competência específica que define que o EEESMP **“assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”**, observa-se a tónica que é dada às competências de avaliação deste profissional no exercício da profissão. Foi neste sentido que foi

trabalhada a sensibilidade cultural com cada cuidador, foram realizados estudos de caso e aplicadas ferramentas de avaliação e intervenção como aplicação da escala de Zarit e da de Hamilton, genograma, ecomapa e avaliação do estado mental, que permitiram perceber as necessidades das pessoas, as capacidades internas dos mesmos e os recursos existentes para manter e recuperar a saúde mental.

Os folhetos já abordados serviram de meio de otimização da SM na medida em que foram disponibilizados no sentido de promover os recursos adaptativos da população em questão. Já o processo de pesquisa aqui descrito procurou implementar uma resposta da promoção da SM do CI que apresentava sinais de sobrecarga.

Ao mobilizar a teoria de sistemas de Betty Neuman foi possível desenvolver competências que permitiram a identificação dos stressores. Já a intervenção sobre estes, recorrendo a este modelo teórico, permitiu ajudar o cliente, na figura de indivíduo, família ou comunidade, a restabelecer ou a manter o seu equilíbrio dinâmico. Ao desenvolver “vigiar ansiedade” e “vigiar cognição” enquanto intervenção de enfermagem em ambos os locais de estágio, foi possível desenvolver estratégias de redução de stress e estimulação cognitiva, tal como a dinamização do curso “relaxamento mental na preparação para o parto” onde foi possível atuar fora da temática de investigação deste relatório, com vista ao desenvolvimento de competências específicas do EEESMP deste domínio.

Relativamente à terceira competência que postula **“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”** podemos afirmar que as atividades planeadas ajudaram a obter contributos para a aquisição desta competência em particular.

Olhando então primeiramente para o projeto de intervenção levado a cabo compreende-se que se executou uma avaliação diagnóstica que permitiu um levantamento de necessidades dos CI's da população do contexto comunitário, definindo-se então a problemática da sobrecarga do CI. Após esta identificação e a seleção dos cuidadores informais com critérios de inclusão e disponibilidade com inclusão do projeto foi definido individualmente os focos de enfermagem prementes numa tentativa de individualizar e personalizar o plano de intervenção.

Além disso, após a intervenção foi realizada e entregue a cada CI um registo da intervenção, por forma a não só os cuidadores terem acesso aos resultados obtidos e concluídos durante este processo, mas também dar continuidade e partilhá-los com

a restante equipa multidisciplinar. Isto permitiu coordenar a transição dos CI's entre os vários cenários de cuidados de saúde que tenham acesso ao sistema informático onde o mesmo foi registado e encaminhar para serviços de saúde diferenciados todas as situações de agravamento das necessidades de saúde mental.

Relativamente ao contexto clínico de internamento, este processo de levantamento das necessidades, definição da problemática e focos de enfermagem, conduziu ao planeamento de intervenções individuais e de grupo. Neste caso, o foco da prestação de cuidado foi o indivíduo maioritariamente em intervenção de grupo, enquanto na comunidade o foco foi a família/CI, enquanto intervenção individual.

Claro está que todo este processo foi construído no contexto de uma relação terapêutica, sobre a qual debruçar-se-á este trabalho adiante. Ainda assim e recorrendo a Lopes (2018), o EEESMP, na avaliação das necessidades do cliente, deve averiguar o que o cliente sabe sobre o seu problema, o que o preocupa e quais as capacidades e recursos que este reconhece como tal. Foi nesta perspetiva que se procurou desenvolver uma intencionalidade terapêutica em todas as atividades de avaliação diagnóstica efetuadas tanto ao nível da família com os CI's, como ao nível do indivíduo, especialmente no contexto de internamento.

Ainda dentro desta competência desenvolveram-se atividades terapêuticas de grupo, baseadas na evidência, em contexto de internamento, assim como intervenções individuais especialmente no contexto dos cuidados de saúde primários. Para isto recorreu-se aos já mencionados folhetos e a aplicação do genograma e do ecomapa, permitindo assim promover a recuperação da saúde mental e mobilização dos diversos recursos comunitários perante cada família. Podendo assim afirmar-se que se desenvolveram programas de treino de aptidões sociais e de desenvolvimento socioemocional direcionados para o empoderamento e prevenção da exclusão social (OE, 2018b).

Pensando agora na quarta e última competência **“prestar cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, 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”** importa agora refletir sobre as atividades que alicerçaram a sua aquisição ao longo deste percurso de mestrado.

Até ao momento tem vindo a ser dada particular relevância aos aspetos da avaliação diagnóstica em saúde mental. Importa agora olhar em detalhe para a

componente de intervenção terapêutica que, tal como Lopes (2018) afirma, acontece no contexto de uma relação terapêutica e em simultâneo com a avaliação diagnóstica. Afinal, é a relação que incute o valor terapêutico à comunicação estabelecida entre o EEESMP e o Cliente (Sequeira, 2020).

Entre as mais variadas opções de intervenção, tendo por base as mais diversas técnicas desenvolvidas nos momentos académicos, que permitiram perceber os efeitos terapêuticos, relaxantes e expressivos, foi possível no estágio comunitário desenvolver intervenções psicoeducacionais e psicoterapêuticas, com recurso à utilização de mediadores expressivos. Em concordância com o CI e com a equipa multidisciplinar foram assim planeadas sessões, com recurso a óleos essenciais, poemas e massagem, por forma a incentivar a expressão de sentimentos, o relaxamento, a resolução de problemas e o treino do autocontrolo, através da interpretação de poemas e do relaxamento por massagem com óleos essenciais. Este processo permite exemplificar uma intervenção psicoterapêutica com pelo menos três sessões no regulamento (OE, 2018a). Assim, na fase inicial após o planeamento da intervenção foi preparado o *setting* e o CI foi informado da intervenção pretendida. Na segunda fase, ou fase de desenvolvimento, foi agendada uma primeira sessão de cariz exploratório onde após clarificar o objetivo da intervenção se aplicaram escalas no intuito de determinar a sobrecarga do CI e se proceder ao restante levantamento de dados. Esta primeira sessão foi preponderante para o início da aliança terapêutica que permitiu, daí em diante, estabelecer uma relação terapêutica preñhe de intencionalidade e potencial terapêutico. Nas sessões seguintes, já de trabalho, foi estimulada a já descrita expressão de sentimentos e promovida a autonomia e a saúde socioemocional do CI em contexto de sobrecarga. Chegando ao final desta intervenção psicoterapêutica, foi avaliado o trabalho efetuado, os resultados obtidos e validadas as competências adquiridas. Tudo isto, claro está, foi registado em plataforma própria e foi assegurada a continuidade dos cuidados e a confidencialidade do CI sempre que necessário.

É deste modo, que a este respeito se conclui que se utilizaram técnicas psicoterapêuticas que vieram facilitar as respostas adaptativas do CI que lhe permitiram recuperar e/ou melhorar da situação de sobrecarga e, naturalmente, a sua saúde mental (OE, 2018b).

Em contexto de internamento, as intervenções foram planeadas para grupos com a concordância da equipa, permitindo assim o desenvolvimento de intervenções

com recurso constante aos óleos essenciais por inalação, mesmo durante intervenções artísticas como interpretação de poemas, pintura e/ou desenho, que estimularam o relaxamento, a resolução de problemas, a expressão e partilha de sentimentos em grupo e o treino do autocontrolo necessário para permanecer numa sessão terapêutica de grupo ou perante uma sessão de relaxamento por via de massagem e toque terapêutico. É por isto que se pode agora afirmar que houve especialmente no contexto do internamento uma análise cuidada do impacto dos sinais e sintomas psiquiátricos na habilidade para aprender, planeando as abordagens em concordância.

Além disto, apurou-se também a disponibilidade para se abordar e trabalhar sobre a temática do autocuidado e dos comportamentos de saúde em pessoas com doença mental grave em fase aguda (OE, 2018b).

Nestas atividades terapêuticas de grupo foi possível utilizar técnicas que promoveram uma melhor gestão e expressão emocional e vivências gratificantes.

Dando agora particular ênfase e de forma breve às **competências de mestre**, pode-se afirmar que foram desenvolvidos esforços no sentido de demonstrar os pressupostos subjacentes ao grau de mestre reguladas em Diário da República pelo Decreto-Lei nº 65/2018 (OE, 2018c).

Em primeiro lugar, ficou aqui demonstrado que houve um desenvolvimento dos conhecimentos obtidos no primeiro ciclo de estudo, a licenciatura, e que constituíram a base da evidência produzida por este projeto de investigação assim como das competências aqui relatadas.

O projeto de intervenção em serviço demonstrou que foi possível avaliar a realidade, definir uma problemática, propondo uma resolução do problema através de sessões psicoterapêuticas e psicoeducacionais baseadas na evidência, adaptadas a cada CI e avaliadas tendo em conta os objetivos e resultados obtidos.

Mais se acrescenta que este relatório é exemplo da capacidade demonstrada em comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios retirados da prática de investigação e da prática clínica. Acredita-se com isto que foram lançadas as fundações para uma prática profissional baseada no desenvolvimento profissional e pessoal auto-orientado e autónomo (OE, 2018c).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciar o presente relatório foram definidos alguns objetivos: Identificar, na população abrangida pelo contexto de estágio, os cuidadores informais que se encontrem em sobrecarga; Identificar as intervenções de ESMP que podem ser desenvolvidas para aliviar a sobrecarga dos CI's que são abrangidos pelo contexto de estágio; Identificar quais as intervenções desenvolvidas, são eficazes para o alívio da sobrecarga do cuidador informal; Relatar e analisar reflexivamente as competências desenvolvidas ao longo do mestrado em ESMP.

Posto isto, relativamente ao projeto desenvolvido, é possível aqui afirmar que se identificaram as intervenções que têm um impacto na redução da sobrecarga dos CI's, que se compreenderam e foram escolhidas as intervenções pertinentes e exequíveis no contexto de estágio em questão e, por último, que as intervenções selecionadas foram eficazes na redução da ansiedade e da sobrecarga.

A escolha de desenvolver este projeto com o CI teve por base a possibilidade de atuar com estes elencando todo o seu suporte familiar. Sabe-se que as intervenções perante um CI são distintas daquelas que se podem realizar com os cuidadores formais. Esta abordagem permitiu desenvolver uma adequada resposta perante as necessidades demonstradas pelo CI através do desenvolvimento das competências descritas pela OE para o EEESMP.

Ao longo dos anos tem-se verificado que se aborda a sobrecarga do cuidador, com a intervenção psicoeducacional, no entanto, são ainda escassas as fontes que se aprofundam sobre a temática, permitindo apenas que se comprovasse a real eficácia das intervenções e dos instrumentos utilizados pela efetiva experiência da sua aplicação com os CI's no contexto deste projeto. Ainda assim, verifica-se um aumento de interesse no tema, uma vez que este é cada vez mais abordado na enfermagem, apesar de ainda pouco desenvolvido especialmente pela limitação de recursos afetos à problemática.

Ao longo destas páginas e da atividade desenvolvida, percebe-se que o cuidar no domicílio é uma atividade de repetição nas AVD's e que muitas vezes se mantém ao longo dos anos. Pode desta forma, por esta intensidade do cuidar, gerar sobrecarga sobre quem cuida e por isso, ser tão importante a intervenção de enfermagem no alívio destas situações. Sabendo que este é um trabalho solitário com poucos ou nenhuns descansos, este pode conduzir a situações de risco físico,

psíquico, social e financeiro do próprio e/ou de quem cuida. Foi com enorme júbilo que se recebeu a notícia da aprovação do estatuto do CI durante a realização deste projeto e se partilhou a informação com os CI's.

É necessário aqui lembrar que corre agora o ano 2021 e que foi preciso chegar a 2019 para se regular o papel do cuidador e chegar a 2020 para o decretar. É assim visível ainda uma falta de incorporação destas temáticas nos sistemas de saúde em Portugal e na dotação dos profissionais quanto a este assunto. Os enf<sup>os</sup> embora estejam dotados para identificar os sinais de sobrecarga na família, não estão muitas vezes dotados de conhecimentos para atuar sobre a temática e frequentemente não têm disponibilidade de tempo para o fazer além do cuidado direto ao doente em si. Por isso, é de vital importância que esta temática seja desenvolvida no seio da nossa comunidade. O EEESMP, no exercício das suas funções, tem este estratégico papel de, não só em serviços de psiquiatria, mas também nos cuidados primários, urgência e internamentos vários, identificar estas situações e atuar. Podendo, em modalidades de psiquiatria de ligação, ou consultoria, capacitar os profissionais de saúde a olhar não só para o doente, mas também para a sua família e o cuidador como um todo biopsicossocial numa relação emocional intensa.

É neste sentido que aqui se defende um programa de acompanhamento e despiste mensal nas comunidades, aos CI's, que permita a avaliação do risco e o fornecimento de estratégias e recursos para a gestão da sobrecarga. Estas medidas ajudariam o CI a não atingir níveis de sobrecarga indesejáveis para si próprios e para os seus familiares bem como, à existência, na comunidade, em cada UCC, um EEESMP dedicado apenas à SM da população e à ligação à comunidade e aos recursos que pudessem ajudar de alguma forma os CI's a cuidarem também de si, sem sentimentos de culpa, com que muitas vezes os mesmos se acusam indevidamente quando se permitem cuidar em prol do cuidado do seu familiar.

A ESCZ, constitui-se um instrumento fiável para avaliar a sobrecarga em relação direta ao ato de cuidar. Crê-se assim ser possível utilizar este instrumento na prática clínica, como medida preventiva, para diagnóstico de risco ou existência de sobrecarga, mas também para monitorizar e avaliar o sucesso dos programas de intervenção destinados aos CI's.

Olhando então para o desenvolvimento das competências, é possível aqui afirmar que este foi um processo longo e frutuoso. Olhando para o percurso percorrido, compreende-se que se procurou desenvolver uma prática que assistisse o indivíduo

a manter e a recuperar a sua SM. Para tal foram adquiridas competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicoeducacionais e psicossociais tanto ao longo do percurso letivo deste mestrado, como ao longo dos estágios. Em todo este processo, procurou-se entretecer um intenso processo de desenvolvimento que permitiu deter um elevado conhecimento e consciência de si na prática de cuidados.

Termina-se aqui este relatório com a firme convicção de que se desenvolveu uma resposta efetiva para o problema identificado, embora com um alcance limitado à amostra identificada. Conclui-se ainda que foi comprovado o desenvolvimento das competências que permitirão a conferência do grau de EEESMP, Mestre em ESMP.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agostinho, M. (2007). *Ecomapa*. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 327-330.
- Alves, J., Almeida, A., Mata, M., & Pimentel, M. (2018). *Problemas dos cuidadores de doentes com esquizofrenia: A sobrecarga familiar*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 19(19), 8–16. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0197>
- Amaral, A., Almeida, E., Sousa, L. (2020). *Intervenção psicoeducacional* In Sequeira, C., Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, lda.
- Bernal, N. H., Becerra, J. B., & Mojica, C. M. (2018). *Intervención de enfermería para el bienestar de cuidadores de personas en cuidado domiciliario*. Revista Cuidarte, 2045-2058.
- Beuter, M., Rossi, J. d., Neves, E. T., & Brondani, C. M. (2009). *A sobrecarga do familiar no cuidado domiciliar*. Revista de Enfermagem UFPE OnLine, 687-693. doi:10.5205/reuol.149-181-1-RV.0303200933
- Cardoso, L., Vieira, M. V., Ricci, M., & Mazza, R. S. (2012). *Perspetivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental*. Revista da Escola de Enfermagem USP, 46(2), 513–517.
- Cecílio, H. P., Santos, Santos, K., & Marcon, S. S. (2014). *Modelo calgary de avaliação da família: Experiência em um projeto de extensão*. Cogitare Enfermagem, 19(3), 536–544. <https://doi.org/10.5380/ce.v19i3.32729>
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidata.
- Costa, A. A., Amaral, A. C., Sequeira, C. A., Henriques, B. M., Almeida, E. F., Água, N. J., Cruz, V. L. (Outubro de 2018). *Padrão de documentação de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. pp. 1-48.
- Culhacik, GD; Durat, G; Eren, N; (2020) – *Effects of activity groups, in which art activities are used, on resilience and related factors in families with disabled children - Perspectives in psychiatric care - Vol.57 - pp.343 - ISSN: 0031-5990*
- DGS (2017). *Programa nacional para a saúde mental*. Lisboa.
- Ducharme FC, Lévesque LL, Lachance LM, Kergoat MJ, Legault AJ, Beaudet LM, Zarit SH. (2011). *“Learning to become a family caregiver” efficacy of an intervention*

- program for caregivers following diagnosis of dementia in a relative.* Gerontologist. Aug;51(4):484-94. doi: 10.1093/geront/gnr014.
- Eurocarers (2020). *Towards carer-friendly societies: Portugal profile.* Disponível em: <https://eurocarers.org/country-profiles/portugal/>, consultado a 19 de setembro de 2020.
- Ferreira, I. (2013). *A sobrecarga do cuidador informal de pessoas com dependência.* Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde. Relatório para obtenção do Grau de Mestre.
- Ferré-Grau, C., Sequeira, C. (2020). *Enfermagem de saúde mental e os cuidadores.* In Sequeira, C., Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções.* Lisboa: Lidel – Edições técnicas, lda.
- Fortin, M. F. (2000). *O processo de investigação, da concepção à realização* (2ª ed.). Lisboa: LusoCiência.
- Gonçalves, P., Sampaio, F & Sequeira, C (2020). *Processo de Enfermagem, CIPE® sistemas de informação.* In Sequeira, C., Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções.* Lisboa: Lidel – Edições técnicas, lda.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011.* 60:55, pp. 1–223.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P (2016). *Inquérito Nacional de Saúde 2014.* Lisboa: INE IP.
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2017). *1º Inquérito nacional de saúde com exame físico (INSEF 2015): Determinantes de saúde.* Lisboa: INSA IP
- Lopes, M. J. (2018). *Forming and maintaining interpersonal relationships.* 247–257. Disponível em: [https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4\\_19](https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4_19), acessado a 2 de julho de 2021.
- Lopes, O. J. (2020). *Gestão de fenómenos relacionais inconscientes como intervenção especializada de inspiração psicanalítica.* In Sequeira, C., Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções.* Lisboa: Lidel – Edições técnicas, lda.
- Martins, T., Ribeiro, J. P., & Garrett, C. (2003). *Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais.* Psicologia, Saúde e Doenças, 131-148.

- McEwen, M., & Willis, E. M. (2009). *Bases teóricas para enfermagem* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da saúde*. Portugal.
- Navidian, A., Kermansaravi, F., & Rigi, S. N. (2012). *The effectiveness of a group psycho-educational program on family caregiver burden of patients with mental disorders*. BMC Research Notes, 5(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-5-399>
- Neeb, K. (2000). *Fundamentos de enfermagem de saúde mental*. Loures: Lusociência.
- OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2019). *Portugal: Perfil de saúde do país 2019*, Estado da saúde na UE, OCDE, Paris/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, Bruxelas.
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Estatuto da ordem dos enfermeiros e regulamento do exercício profissional em enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Deontologia profissional de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *Padrão de documentação de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. 1-47.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Regulamento nº 515/2018 – *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Publicado em Diário da República, nº 515/2018, 2ª Série, nº 515 de 7 de agosto de 2018; 21427–30.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018c). Regulamento nº 157/2018 – *Regulamento de competências de mestre em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Publicado em Diário da República, nº 157/2018, 1ª Série, nº 157 de 16 de agosto de 2018; 4147–4182.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Publicado em Diário da República, nº 140/2019, 2ª série. Nº 140 de 6 de fevereiro de 2019. 4744-4750
- Pereira, M. H., & Gomes, J. C. (2012). *Terapia de grupo para familiares de pessoas com perturbação mental grave: Estudo de caso múltiplo*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 38-44.
- Pinho, L. (2020) *Intervenção familiar na doença mental grave*. In Sequeira, C., Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, lda.

- Portaria n.º 2/2020 de 10 de janeiro do Ministério das Finanças, Trabalho, Solidariedade E Segurança Social E Saúde. Diário República, 1ª série - Nº 49 de 10 março de 2020, 5-12.
- Portaria n.º 64/2020 de 10 de março de Finanças, Trabalho, Solidariedade E Segurança Social E Saúde. *Diário República, 1ª Série - Nº 49 de 10 março de 2020*, 5–18. <https://dre.pt/application/conteudo/74774858>
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora
- Ruivo, M. A.; Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). *Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas*. Percursos nº 15, pp. 1-37.
- Sampaio, F., Sequeira, C., Lluch-Canut, T. (2020). *Intervenção psicoterapêutica de enfermagem*. In Sequeira, C., Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, lda.
- Sequeira, C. (2010a). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel - edições técnicas, lda.
- Sequeira, C. A. (2010b). *Adaptação e validação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit*. Revista Referência, 9-16.
- Sequeira, C. (2020). *Técnicas e competências de comunicação*. In Sequeira, C., Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, lda.
- Sharif, F., Shaygan, M., & Mani, A. (2012). *Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran*. BMC Psychiatry, 12. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-48>
- Sistema Nacional de Saúde (2020). UCC [REDACTED] Disponível em [https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30019/\[REDACTED\]/Pages/default.aspx](https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30019/[REDACTED]/Pages/default.aspx), consultado a a 19 de setembro de 2020.
- Sousa, L. Sequeira, C., Ferré-Grau, C. & Sampaio, F. (2020). *Familiar cuidador*. In Sequeira, C., Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, lda.
- Tanriverdi, D., & Ekinçi, M. (2012). *The effect psychoeducation intervention has on the caregiving burden of caregivers for schizophrenic patients in Turkey*. International journal of nursing practice, 18(3), 281-288.

Viegas, L., Lopes, M. & Fernandes, A. (2016). *Contributos de uma intervenção de enfermagem para o bem-estar do cuidador familiar do idoso com dependência em casa. Pensar Enfermagem, 20(2).*

Viegas, L. M., Fernandes, A. A., & Veiga, M. d. (2018). *Intervenção de enfermagem no estresse do cuidador familiar do idoso com dependência: Estudo piloto. Revista Baiana de Enfermagem, 1-16. doi:10.18471/rbe.v32.25244*

**APÊNDICES E ANEXOS**



Mês/Ano	Set. 2019		Outubro 2019				Novembro 2019				Dezembro 2019				Janeiro 2020				Fevereiro 2010				
Atividades a desenvolver	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10	17	24
	29	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	22	29	5	12	19	26	2	9	16	23	1
Apresentação do projeto ao serviço																							
Colheita e Análise de dados + Seleção da população																							
Planeamento da intervenção																							
Intervenção																							
Avaliação de resultados																							
Divulgação de resultados																							
Notas de Campo																							
OT Grupo e Individuais				<b>G</b>				<b>G</b>				<b>G</b>						<b>G</b>					<b>G</b>
Revisão da literatura																							
Avaliações								<b>F</b>							<b>S</b>			<b>F</b>			<b>S</b>		
Realização do Relatório																							
Estudo de Caso																							
Jornais de Aprendizagem																							
Estágio	UCC													Internamento									

## **Apêndice II: Consentimento Informado**

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Daniela Filipa Cortez Ribeiro Ferreira Caridade, Enfermeira, a realizar o estágio no âmbito do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, orientada pelo Enfº [REDACTED] e pelo Prof. Dr. Joaquim Lopes, venho-lhe pedir o seu consentimento para participar no projeto de estágio na área da Sobrecarga do Cuidador Informal, aplicando escalas que verifique necessidade, para melhor diagnóstico, perante a sintomatologia apresentada por si.

Com esta, pretendo avaliar o nível de sobrecarga do cuidador informal da pessoa com doença crónica e incapacitante. É por isso necessário aplicar-se uma escala, Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal de Zarit, traduzida e validada para a população portuguesa por Carlos Sequeira em 2010.

A informação colhida será totalmente confidencial e anónima, isto é, não será revelado ou divulgado nenhuma informação que possa identificar quem aceite participar neste estudo.

Se concordar, com o anteriormente descrito, peço-lhe que assine esta declaração, em como:

1. Foi esclarecido/a sobre a finalidade e objetivos do projeto;
2. Compreendeu a informação que lhe foi prestada, questionou e esclareceu dúvidas;
3. Foi esclarecido/a que poderá recusar-se a participar ou interromper a qualquer instante a participação, sem qualquer penalização e/ou custo e/ou risco;
4. Aceita de livre vontade participar no projeto;
5. Autoriza, sendo garantida sempre a sua confidencialidade, a divulgação dos resultados obtidos no final.

Caso, o/a cuidador não possa ou saiba assinar, este consentimento deverá ser preenchido por outra pessoa (acompanhante), que o assine.

O participante ou acompanhante (se o entrevistado não souber assinar),

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O enfermeiro,

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **Apêndice III: Guião da Entrevista**

# ENTREVISTA

Data da colheita de dados: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cód. de identificação: \_\_\_\_\_

## CUIDADOR INFORMAL

### 1. Sexo:

- Feminino  Masculino

### 2. Idade: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### 3. Estado civil:

- Casado(a)/ união de facto  Viúvo(a)  
 Solteiro(a)  Divorciado(a)/ Separado(a)

### 4. Habilitações Literárias:

- Sem escolaridade  
 Sabe ler e escrever  3º ciclo ensino básico (9º ano)  
 1º ciclo ensino básico (4ª classe)  Ensino secundário (12º ano)  
 2º ciclo ensino básico (ensino preparatório)  Ensino Superior  
 Outro. Qual? \_\_\_\_\_

### 5. Atividade Profissional:

\_\_\_\_\_

### 6. Antecedentes Pessoais:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 7. Grau de parentesco com a pessoa a quem presta cuidados:

- Filho(a)  Nora/Genro  Esposa/Marido  
 Outro. Qual? \_\_\_\_\_

### 8. Tipo de família do cuidador:

- Vive só  Nuclear  Alargada  
 Outra. Qual? \_\_\_\_\_

**9. Desde quando presta cuidados:**

\_\_\_\_\_

**10. Vive na mesma habitação da pessoa a quem presta cuidados atualmente:**

- Não  Sim  Esporadicamente

**11. Tem a seu cargo, outras pessoas?**

- Não  Sim – Quem?

\_\_\_\_\_

**PESSOA DEPENDENTE**

**1. Sexo:**

- Feminino  Masculino

**2. Idade: \_\_\_\_\_**

Data de nascimento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**3. Estado civil:**

- Casado(a)/ união de facto  Viúvo(a)  
 Solteiro(a)  Divorciado(a)/ Separado(a)

**4. Tipo de dependência:**

- Física  Física e Mental  
 Mental  Sem dep. - Falecimento

**OUTRAS INFORMAÇÕES:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

1. Sabe qual a doença que afeta o seu familiar?

---

---

---

2. O facto de estar a cuidar do seu familiar foi uma decisão sua ou surgiu num contexto sem alternativa?

---

---

---

3. Quais os motivos que a levaram a responsabilizar-se por prestar cuidados ao seu familiar?

---

---

---

---

4. Quais os cuidados que tem mais dificuldade em prestar?

---

---

---

5. O cuidar do seu familiar teve consequências na sua vida pessoal, familiar, social e financeira? Se sim, quais?

---

---

---

6. Que atividades deixou de realizar desde que se tornou cuidador? O que é importante para si continuar a fazer? Que atividades gosta de realizar no seu dia-a-dia?

---

---

---

---

**GENOGRAMA**

**ECOMAPA**

**Apêndice IV: Folheto “Os óleos essenciais como mediadores na  
intervenção de enfermagem na gestão da perturbação de  
ansiedade”**

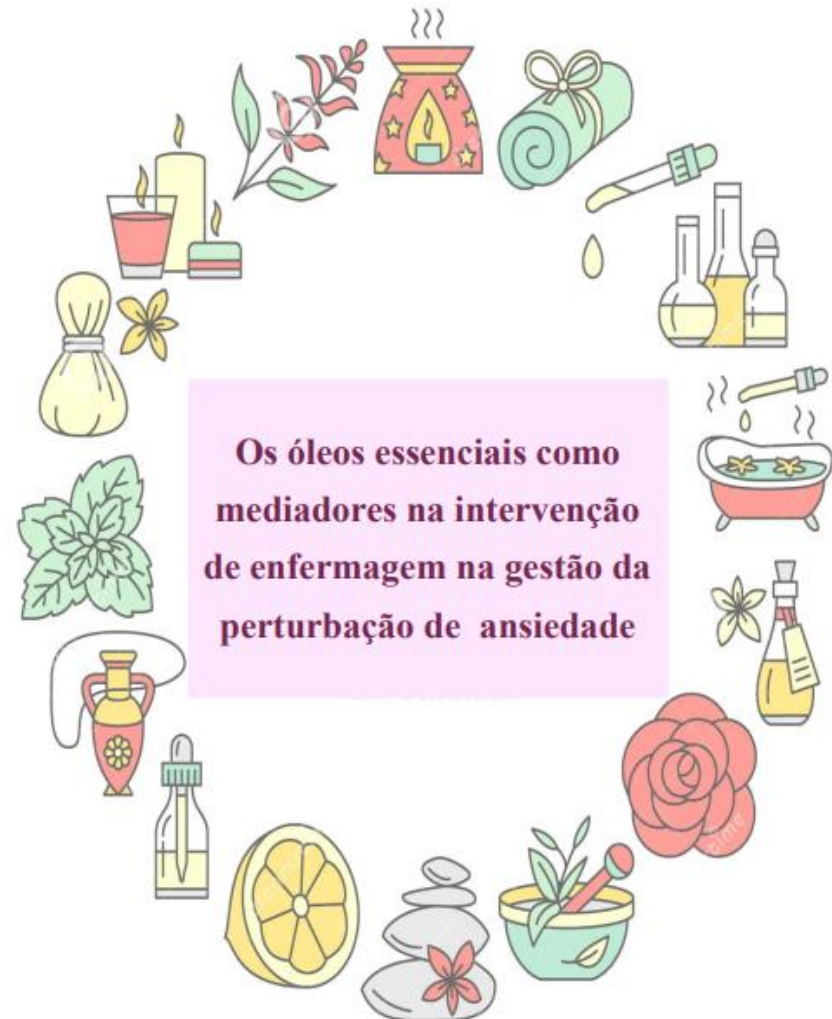
**Onde consultar mais informações sobre o tema e mais textos/poemas para ler:**

- Ali, B., Ali Al-Wabel, N., Shams, S., Ahamad, A., Alam Khan, S., & Anwar, F. (2017). Essential oils used in aromatherapy: A systemic review. *Asian Pacific Journal Of Tropical Biomedicine*, pp. 601-611. Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.apjtb.2015.05.007>
- Allard, M. E., & Katseres, J. (Fevereiro de 2016). Using Essential Oils to Enhance Nursing Practice and for Self-Care. *AJN*, 116, N°2, 42-49.
- Andrei, P., & Comune, A. P. (out/dez de 2005). Aromaterapia e suas aplicações. 11, nº 4, pp. 57-68. Obtido de [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/cadernos/36/07\\_aromaterapia.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/cadernos/36/07_aromaterapia.pdf)
- Association, A. P. (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Cunha, A. P., & Roque, O. R. (2013). Aromaterapia - Fundamentos e Utilização. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cunha, A. P., Roque, O. R., & Nogueira, M. T. (2012). Aromaterapia. In *Plantas Aromáticas e Óleos Essenciais Composições e Aplicações* (pp. 113-134). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Domingos, T. S., & Braga, E. M. (2014). Significado da massagem com aromaterapia em saúde mental. *Acta Paul Enferm.*, 27(6), 579-584. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/19820194201400094>
- Gnatta, J., Kurebayashi, L., Turrini, R., & Silva, M. (2016). Aromatherapy and nursing: historical and theoretical conception. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50 (1), 127-133.
- Monte, O. A., Cunha, A. R., Neves, J. P., & Paulino, T. S. (2017). A Utilização da Aromaterapia como Medida Complementar ao Tratamento da Ansiedade. *Práticas Integrativas e Complementares em Saúde*.
- O'Flaherty-Hilder, C. (2015). Stress and Aromatherapy. pp. 34-35. Obtido de International Federation of Aromatherapy: <https://ifaroma.org/index.php/english/home>
- Paganini, T., & Flores e Silva, Y. (2014). O uso da aromaterapia no combate ao estresse. Obtido de <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v18i1.2014.5157>

**Data:** Dezembro 2019

**Trabalho realizado por:** Enf<sup>ª</sup> Daniela Caridade - discente do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**Orientador de estágio:** Enf<sup>ª</sup> [REDACTED] Abreu - EEESMP



### O que é aromaterapia?

É um meio de tratamento natural que se baseia no uso de óleos essenciais, direta ou indiretamente, extraídos de plantas frescas, com finalidades terapêuticas (Cunha *et al*, 2013). É uma técnica desenvolvida com óleos essenciais de plantas aromáticas, que são administradas por via dérmica ou olfativa, com o objetivo de promover e auxiliar o tratamento de diversos problemas médicos (Domingos e Braga, 2014).

### O que são óleos essenciais?

São óleos originados de plantas, caules, raízes ou flores, cada um com as suas propriedades e atuação sobre o organismo humano (Paganini e Flores e Silva, 2014). Estes têm uma consistência aquosa e límpida, que solidificam a temperaturas baixas. São solúveis em álcool, éter e outros óleos de base vegetal, são voláteis (Andrei e Comune, 2005).

### Perturbação de ansiedade generalizada:

- Preocupação e ansiedade excessivas, durante muitos dias, num período superior a 6 meses, dirigido a diversas atividades;
- Dificil controlo da preocupação;
- Ansiedade e preocupação manifestam-se através de pelo menos três sintomas como fadiga, dificuldade na concentração, irritabilidade, tensão muscular, insónias (inicial, intermédia, final ou total);
- Os sintomas que se manifestam causam impacto na vida social, ocupacional ou funcionamento da pessoa.

(DSM-5)

### Aromaterapia e gestão dos quadros de ansiedade:

Quando os óleos essenciais são inalados (quer de forma direta ou indireta) estimulam os nervos olfativos que, por sua vez, estimulam o sistema límbico, responsável pelas emoções, sentimentos e impulsos motivacionais. Deduz-se que esta estimulação gera um sistema capaz de libertar neurotransmissores como a encefalina e endorfinas que produzem efeitos analgésicos e dão um senso de bem-estar e relaxamento (Gnatta et al, 2016).

### NOTAS PESSOAIS (entre outras coisas que queira escrever, porque realizou esta técnica e o que sentiu após a realizar):

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

### Em caso de dúvidas/ajuda:

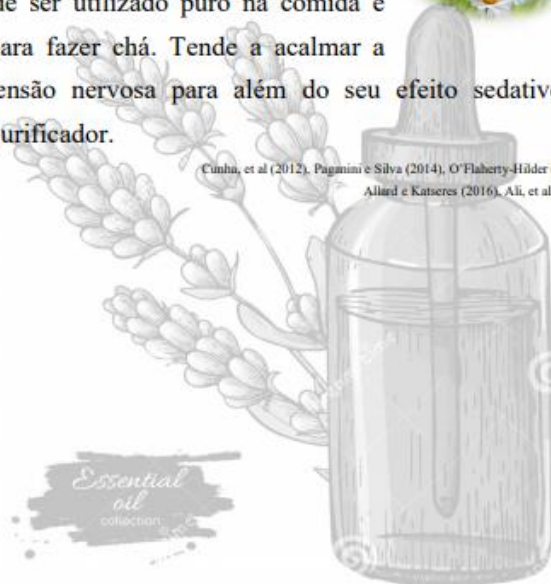
## Que óleos e alimentos posso utilizar e quais os seus efeitos terapêuticos:



- **Alfazema/Lavanda** – Único óleo que pode utilizar com segurança em sua casa. Não precisa ser diluído para ser utilizado mas também não o pode utilizar em excesso. Atua como regenerador sobre os tecidos, calmante, relaxante, analgésica, anti-inflamatória, sedativa e perante a insónia.

### Para ingerir em chá e/ou cozinhar pode utilizar:

- **Camomila** – Pode ingerir em chá. Calmante e fortificante sobre o sistema digestivo.
- **Manjerição** – Pode ser utilizado puro na comida e para fazer chá. Tende a acalmar a tensão nervosa para além do seu efeito sedativo e purificador.



(Cunha, et al (2012), Paganini e Silva (2014), O'Flaherty-Häder (2015), Allard e Katsres (2016), Ali, et al (2015)

## Como pode utilizar os óleos essenciais:



- **Massagem e automassagem** (explicado em seguida a prática).

Deve realizar a técnica em local sossegado e em posição confortável; não deve massajar zonas com feridas ou varizes.

O óleo massajado atinge o seu efeito ao fim de 20 minutos. Estes duram cerca de 90 minutos.

Antes de realizar a massagem, deve diluir o seu óleo essencial em óleo vegetal de amêndoas.

- **Ingestão de chá e/ou em confeitão.**



- **Inalação por difusores artesanais ou elétricos,** que levam água e o óleo, e são aquecidos na parte inferior.



Antes de começar a utilizar o óleo, deve fazer um teste de tolerância - Inalar 15 segundos e avaliar se tem efeitos secundários após 30 minutos (Cunha et al, 2014). Se não tiver qualquer reação pode iniciar a sua utilização.

Cunha, et al (2013), Paganini e Flores e Silva (2014); Domingos e Braga (2014); O'Flaherty-Häder (2015)

### Prática - Como realizar uma automassagem?



1. Realize movimentos de ligeira rotação nos dedos;
2. Realize movimentos circulares em espiral no dorso da mão;
3. Realize movimentos circulares na palma da mão;
4. Estique os dedos em movimentos suaves;
5. Agarre na mão e rode o punho;
6. Encoste as mãos uma contra a outra e faça força;
7. Entrelaça os dedos e faça movimentos para trás e para a frente;
8. Massage os dedos;
9. Agarre no antebraço e massage até à mão.

### Aplicação dos óleos - Cuidados a ter:



- **Lavar sempre as mãos**, de preferência com óleo de amêndoas doces/ azeite visto que a água não se mistura com os óleos essenciais.

- **Não pôr as mãos nos olhos e boca** depois de mexer nos óleos.

- Deve sempre **testar o óleo antes**

**de o utilizar.** A maioria dos óleos precisa ser diluído. Não use sem o fazer sobre risco de se tornar tóxico.

- **Não se deve expôr ao sol** depois de aplicar um óleo na sua pele. Deve-se lavar sempre antes de o fazer.
- **Grávidas** de 1º trimestre, **Crianças** e pessoas com **asma** e **epilepsia** não podem utilizar esta técnica.



**Apêndice V: Folheto “Biblioterapia e Arteterapia”**

### Instruções:

- Na **leitura** deve sempre ler uma primeira vez em silêncio e uma segunda vez em voz alta antes de analisar.
- Para a **pintura** e o **desenho**, pode arranjar um caderno onde possa continuar a dar asas à tua imaginação, além destes exercícios.

#### Onde consultar mais informações sobre o tema e mais textos/poemas para ler:

- Andrade, P. (janeiro a março de 2018). Biblioterapia em contexto terapêutico de reabilitação psicológica e psicossocial em saúde mental. *Hospitalidade*, ano 82, pp. 19-31.
- Catapano, F., Volpe, U., Torre, F., De Santis, V., & Perris, F. (2015). Reading Group Rehabilitation for Patients with Psychosis: A Randomized Controlled Study. (D. 10.1002/cpp.1867, Ed.) *Clinical Psychology and Psychotherapy*, pp. 15-21.
- Saint-Exupéry, A. d. (1995). *O Príncipezinho*. Lisboa: Relógio D'Água Editores.
- Yontz-Orlando, J. (DOI <https://doi.org/10.5430/irhe.v2n2p67> de 2017). Bibliotherapy for Mental Health. *International Research in Higher Education*, 2, pp. 67-73.
- Belo, R. (2000). *Ruy Belo - Todos os Poemas*. Braga: Circulo de Leitores.

**Data:** Dezembro 2019

**Trabalho realizado por:** Enf<sup>ª</sup> Daniela Caridade - discente do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**Orientador de estágio:** Enf<sup>ª</sup> [REDACTED] Abreu - EEESMP





**Vamos nos conhecer um pouco melhor? O que pensa sobre si como cuidador? Escreva sobre isso na linhas abaixo.**

---



---



---



---



---



---



---



---

**Agora que já escreveu, pode desenhar? Como se vê? Qual é a imagem que tem de si enquanto cuidador?**

**Vamos analisar um poema:**



“Quem terá deixado esquecida  
esta música ouvida num canto da rua?  
Ninguém de quem passa nela repara  
No entanto – é ela – faltava  
no dia de chuva  
No meu dia de chuva?  
Meu seria decerto este dia  
pois por mais precário que eu seja  
nenhuma chuva fora podia  
cair se acaso em mim não caísse  
Cai chuva e há música em meu coração  
Era mera ilusão o dia de chuva”

Ruy Bello “Ah, a música” em Ruy Belo, Todos os Poemas

**Escreva sobre os sentimentos e emoções desenvolvidos a ler este poema:**

---



---



---



---



---



---



---



---

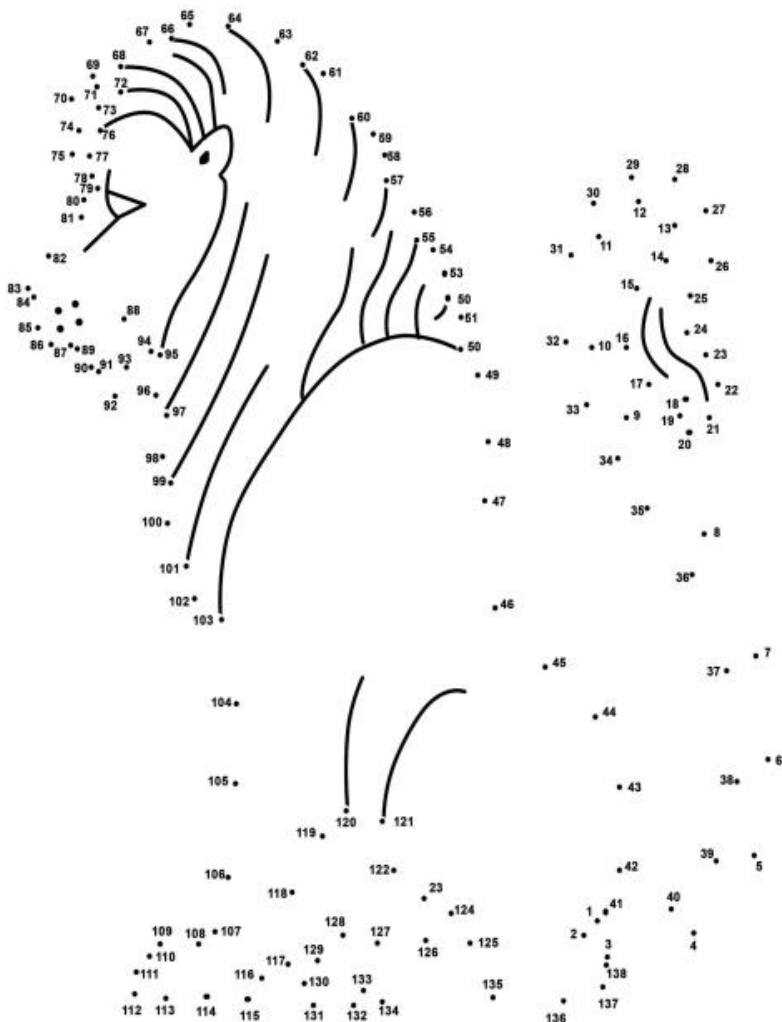


---



---

### Una os pontos deste desenho:



### Vamos pintar:



Gosta de animais? O que pensa e sente perto deles? E porquê?

---



---



---



---



---



---

### Leia atentamente este texto do Livro “O príncipezinho” e reflita sobre o que este significa e descreva-o em:

“Foi então que apareceu a raposa:

- Bom dia, disse a raposa.
- Bom dia, respondeu o príncipezinho com delicadeza. Mas ao voltar-se não viu ninguém.
- Estou aqui, disse a voz, debaixo da macieira.
- Quem és tu? Disse o príncipezinho. És bem bonita...
- Sou uma raposa, disse a raposa.
- Anda brincar comigo, propôs-lhe o príncipezinho. Estou tão triste...
- Não posso brincar contigo, disse a raposa. Aqui ninguém me cativou.
- Ah! Perdão, disse o príncipezinho.

Mas depois de ter reflectido, acrescentou:

- Que significa “cativar”?
- Tu não deves ser daqui, disse a raposa. Que procuras?
- Procuro os homens, disse o príncipezinho. Que significa “cativar”?
- Os homens, disse a raposa, têm espingardas e caçam. É uma maçada! Também criam galinhas. É o único interesse que lhes acho. Andas à procura de galinhas?
- Não, disse o príncipezinho. Ando à procura de amigos. Que significa “cativar”?
- É uma coisa de que toda a gente se esqueceu, disse a raposa. Significa “criar laços”
- Criar laços?
- Isso mesmo, disse a raposa. Para mim, não passas, por enquanto de um rapazinho em tudo igual a cem mil rapazinhos. E eu não preciso de ti. E tu não precisas de mim. Para ti, não passo de uma raposa igual a cem mil raposas. Mas, se me cativares, precisaremos um do outro. Serás para mim único no mundo. Serei única no mundo para ti.

**Uma palavra:**

---

**Um sentimento:**

---



### Vamos ler um poema:

“Conquistar-te-ei a todas as terras e a todos os céus  
 Porque o meu berço é a floresta e o meu túmulo também  
 Porque tenho um só pé assente na terra  
 Porque te cantarei como mais ninguém

Conquistar-te-ei todos os tempos e todas as noites  
 A todas as bandeiras e a todass as espadas  
 Deitarei fora as chaves e afugentarei os cães das escadas  
 Porque na noite terrana sou mais fiel que um cão

Conquistar-te-ei a todos os outros e àquela única  
 Não serás noivo de ninguém nem eu mulher de ninguém  
 E na última disputa tomar-te-ei ouve bem  
 Àquele que Tiago não abandonou naquela noite

Mas até te cruzarem os dedos sobre o peito  
 Oh madição! - tu continuas contigo e com mais ninguém  
 Tuas duas asas voltadas para o éter

Porque o teu braço é o mundo e o teu túmulo também”

Marina Tsvetaieva “Conquistar-te-ei a todas as terras...” em Qual É a Minha ou a Tua Língua

**Quais são os seus desejos de conquista? Escreva sobre isso.**

---



---



---



---



---



---



---

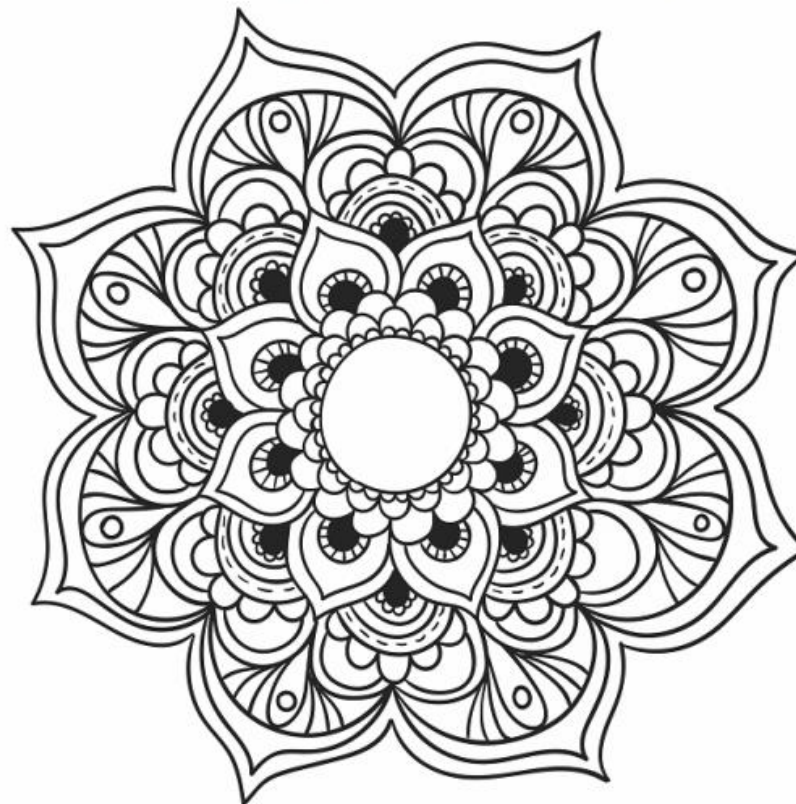
**Desenho livre:**

Este espaço em branco vai servir para poder desenhar, aquilo que a/o faz feliz, as suas lembranças, as suas frustrações, o que desejar!!!

Não tenha medo, o importante não é saber-se desenhar mas conseguirmos demonstrar o que sentimos ao fazê-lo. Vamos começar?

**Vamos pintar:**

As mandalas são muitas vezes utilizadas na gestão do stress. Pinte como deseja, aqui não há erros. Dê asas à sua imaginação.



**Após terminar de pintar, escreva brevemente como se sentiu ao fazê-lo:**

---

---

---

**Apêndice VI: Folheto “GinasticaMente”**



---

## GinasticaMente

---

Exercícios de estimulação  
cognitiva



---

**Data:** Dezembro 2019

**Trabalho realizado por:**

- Enfª Helena [REDACTED] - EEEMC
- Enfª Daniela Caridade - aluna do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**Orientador de estágio:** Enfª [REDACTED] Abreu - EEESMP

**Data:** Dezembro de 2019





1. Na coluna da direita sublinha a palavra que tenha o mesmo significado da primeira e na coluna da esquerda faz um círculo na palavra com significado oposto.

**Bonito** - lindo - feio

**Falar** - calar - contar

**Cansado** - energético - fatigado

**Campeão** - ganhador - perdedor

**Bom** - bondoso - mau

**Frio** - quente - fresco

**Veloz** - rápido - lento

**Escapar** - permanecer - fugir

**Idêntico** - diferente - igual

**Tristeza** - alegria - amargura

**Ruído** - barulho - silêncio

**Escuro** - claro - obscuro

**Forte** - musculoso - fraco

**Dentro** - interior - fora

**Perto** - próximo - longe

**Lento** - rápido - devagar

**Horrível** - jeitoso - horroroso

**Difícil** - fácil - complicado

**Pequeno** - miúdo - grande

**Rico** - pobre - endinheirado

**Amargo** - doce - azedo

**Limpo** - sujo - asseado

**Feliz** - contente - triste

**Arriscado** - perigoso - seguro

**Homem** - varão - mulher

**Novo** - antigo - recente

**Tenro** - mole - duro

**Abrir** - destrancar - fechar

**Noite** - noturno - dia

**Magro** - gordo - delgado

**Longo** - curto - extenso

**Primeiro** - último - inicial

11. Voa; faz ninhos nas árvores; come minhocas.

12. É um parente; é o pai do nosso pai.

13. Cai do céu; é branca; podem-se fazer bonecos com ela.

14. Nela há muita areia; está junto ao mar; vamos lá no verão.

15. Nele há muitos animais; é um parque.

16. Provém do mar; é uma joia; é produzida pelas ostras.

17. É um cristal; os objetos refletem-se nele; usamo-lo para nos vermos.

18. É de papel; tem folhas; lê-se.

19. Anda na água; funciona com remos.

20. Celebram-se de 4 em 4 anos; é um evento desportivo mundial; leva-se uma tocha.

**6. Leia as pistas e descubra o nome do objeto/país/etc. e escreve-o na linha.**

1. São de lã; impedem que tenha frio; usam-se nos pés.

\_\_\_\_\_

2. São brilhantes, estão no céu, aparecem à noite.

\_\_\_\_\_

3. Usam-se na cara; geralmente são de vidro; ajudam a ver.

\_\_\_\_\_

4. Normalmente é alta e fina; é de cera; ilumina.

\_\_\_\_\_

5. É líquido; de cor branca; costumamos tomar com café

\_\_\_\_\_

6. É redonda; pode ser de basquetebol ou de futebol.

\_\_\_\_\_

7. É uma ferramenta dentada, usa-se para cortar madeira.

\_\_\_\_\_

8. Famoso pelo esparquite e a pizza; Roma é a capital deste país; fica na Europa.

\_\_\_\_\_

9. Os coelhos gostam; são cor de laranja; crescem debaixo da terra.

\_\_\_\_\_

10. Fazemo-lo sempre; os pulmões são os responsáveis; é necessário à vida.

\_\_\_\_\_

**2. Leia as seguintes mentiras...**

- As laranjas são verdes
- Os comboios são mais lentos do que os cavalos
- Os americanos seguem a dieta mediterrânica
- As impressoras funcionam a energia hidráulica
- Os anéis de ouro cheiram a banana
- Os bolos de chocolate engordam menos que a fruta
- Os elefantes têm sete dedos em cada pata
- A água com açúcar é salgada

**2.1. Agora complete as frases, recordando, sem olhar novamente, as mentiras que leu..**

- As laranjas \_\_\_\_\_
- Os comboios \_\_\_\_\_
- Os americanos \_\_\_\_\_
- As impressoras \_\_\_\_\_
- Os anéis de ouro \_\_\_\_\_
- Os bolos de chocolate \_\_\_\_\_
- Os elefantes \_\_\_\_\_
- A água com açúcar \_\_\_\_\_

**3. Leias as palavras alternadamente para formar frases com sentido.**

**Exemplo**

**Exemplo**

**O Amanhã computador tenho está um avariado. exame.**

**Solução**

- O computador está avariado.

- Amanhã tenho um exame.

**3.1. – O Levanto-me carro muito está cedo. estacionado.**

---

---

---

**3.2. - O Pedro menina come A tem batatas uma fritas saia ao vermelha. jantar.**

---

---

---

**3.3. - Amanhã Escrevo vamos com todos uma ao caneta zo-ológico. azul.**

---

---

---

### **5.3. SEQUÊNCIA Nº3**

- Começa o filme
- Compro dois bilhetes para o cinema
- Acaba tarde e vamos para casa
- O porteiro pica os bilhetes
- Dou-lhe uma boa gorjeta
- O empregado arranja-nos bons lugares

### **5.4. SEQUÊNCIA Nº4**

- Tomo banho rapidamente
- Abro a torneira
- Tiro a roupa interior
- Comprovo a temperatura da água
- Tiro as calças e a camisola
- Mudo de roupa
- Seco-me rapidamente

**5. Atribua uma sequência coerente****5.1. SEQUÊNCIA Nº1 (EXEMPLO)**

- 2 Selecionar um programa de lavagem
- 7 Passar a roupa a ferro
- 5 Estender a roupa
- 1 Pôr a roupa suja na máquina
- 6 Apanhar a roupa seca
- 3 Esperar que a máquina acabe a lavagem
- 8 Guardar a roupa no armário
- 4 Tirar a roupa da máquina

**5.2. SEQUÊNCIA Nº2**

- Também não tenho
- Então levarei fiambre
- Que tem, então?
- Não tenho
- Chouriço picante
- Quero 1/2 kg de queijo
- Então levo 100g de chouriço picante
- Bom Dia! O que deseja?

**3.4. - Ouço Neva rádio sempre todos pelo os natal. dias.**


---



---



---

**3.5 - A Tenho maça medo verde de tem saltar uma num mi-nhoca trampolim. comprida.**


---



---



---

**4. Ordene cronologicamente os seguintes Dias Festivos, o mais rápido que conseguir**

- |                      |                 |
|----------------------|-----------------|
| - Natal              | - Santo António |
| - Pascoa             | - São Martinho  |
| - São João           | - Carnaval      |
| - Dia do pai         | - São Pedro     |
| - Dia do trabalhador | - Dia da mãe    |

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_

4. Estude as seguintes palavras.  
Depois, recorde, sem voltar a olhar, quais as palavras grandes e quais as pequenas.



#### 4.1. Palavras GRANDES

---

---

---

---

---

#### 4.2. Palavras pequenas

---

---

---

---

---

**Apêndice VII: Trabalho “Os óleos essenciais como mediadores na promoção do relaxamento e gestão terapêutica especializada de enfermagem em doentes com sintomatologia ansiosa”**

**UNIDADE CURRICULAR:**  
**ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

**Os óleos essenciais como mediadores na promoção do  
relaxamento e gestão terapêutica especializada de  
enfermagem em doentes com sintomatologia ansiosa**

**Discentes:**

Daniela Caridade nº 2928

**Enfermeira Orientadora:**

Enf<sup>a</sup> ----

**Docente orientador:**

Prof. Doutor Joaquim de Oliveira Lopes

---, janeiro de 2020

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
CAPÍTULO I: AROMATERAPIA - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	4
1.1. O que é a aromaterapia	4
1.2. O que são óleos essenciais	4
1.3. Como aplicar os óleos essenciais	5
1.4. Como preparar óleos essenciais	6
1.5. Quais os efeitos terapêuticos dos óleos essenciais	6
1.6. Precauções, Problemas ou Complicações da aromaterapia e óleos essenciais	7
1.7. Óleos essenciais e outros Mediadores Expressivos	8
1.7.1. Expressão plástica	9
1.7.2. Expressão literária	10
CAPÍTULO II: PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO	12
2.1. Delimitação da problemática	12
2.2. Delimitação do problema	14
2.3. Caracterização do grupo-alvo	14
2.4. Objetivos gerais e específicos da intervenção	15
2.5. Obstáculos previsíveis à implementação da intervenção	15
2.6. Avaliação geral da intervenção	16
CAPÍTULO III: CONCLUSÃO	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18
APÊNDICES	
APÊNDICE I: MAPA CONCEPTUAL DA ANSIEDADE	
APÊNDICE II: PLANEAMENTO E AVALIAÇÃO DAS SESSÕES	
APÊNDICE III: ESCALA DE HAMILTON	
APÊNDICE IV: PANFLETOS FORNECIDOS NAS INTERVENÇÕES	

## INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio desenvolvido na Unidade de Internamento de Agudos do Serviço de Psiquiatria do Hospital (...), em (...), foi-me proposto pelo meu docente orientador em comum acordo com a Enf<sup>a</sup> orientadora deste estágio, realizar o planeamento e elaboração de várias intervenções de enfermagem psico/socioterapêuticas, educacionais, etc. que pudessem ser desenvolvidas em grupo, com os doentes deste serviço e que pudessem ir ao encontro das suas necessidades ao longo do seu internamento e que também me permitissem o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

A importância do desenvolvimento desta fundamentação prende-se com uma das competências que o enfermeiro ESMP deve desenvolver, prestar cuidados no âmbito psicoterapêutico (Regulamento nº129/2011). As intervenções psicoterapêuticas são assim definidas como a aplicação intencional e informada de métodos clínicos, através da relação interpessoal estabelecida entre terapeuta e doente, com o objetivo de modificar os comportamentos, cognições ou emoções do último, de acordo com as suas preferências individuais (Sampaio, Sequeira & Lluch-Canut, 2014).

Neste trabalho, abordarei os óleos essenciais, enquanto terapia complementar comprovada, junto de vários mediadores expressivos, que têm ganho cada vez maior enfoque na comunidade médica devido aos benefícios que podem trazer para o controlo da sintomatologia e aumento do bem-estar. A OMS reconhece que estas terapias complementares podem ter um papel importante em termos de prevenção e tratamento de algumas doenças e melhoria da qualidade de vida (WHO, 2013). Tendo isso em conta, após já ter feito um trabalho sobre esta temática que me permitiu aprofundar conhecimentos específicos sobre a área de atuação e identificar diversos benefícios na sua aplicação, irei neste local de estágio desenvolver várias intervenções terapêuticas que terão sempre que possível como mediador comum, em doentes com sintomas ansiosos, os óleos essenciais (aromaterapia).

O trabalho encontra-se dividido em três capítulos. No primeiro capítulo realizo a fundamentação teórica da aromaterapia e desenvolvo um subcapítulo (1.7.) onde abordo diversos outros mediadores que conjugados com o principal potenciam os ganhos em saúde. No segundo capítulo identifico a problemática que me fez querer aplicar este mediador com vista a projeção, que é apresentada nos apêndices, das intervenções planeadas e aplicadas. No último capítulo faço uma conclusão sobre a pertinência da aplicação destas técnicas para a recuperação da saúde mental e relaxamento mental e físico de cada doente.

## **CAPÍTULO I: AROMATERAPIA - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **1.1. O QUE É A AROMATERAPIA**

Trata-se de um meio de tratamento natural que se baseia no uso de óleos essenciais, direta ou indiretamente, extraídos de plantas frescas, com finalidades terapêuticas. Terapia complementar reconhecida pela Organização Mundial de Saúde é frequentemente dirigida para o tratamento de estados emocionais. Ainda assim, esta técnica é muito questionada pela comunidade médica que alega efeito placebo. Apesar de existir variada literatura científica sobre a técnica, poucos são os estudos que permitem fundamentar a sua eficácia e contrabalançar a ideia de efeito placebo. No entanto, esta técnica pode ser utilizada em variados contextos devido às suas propriedades antissépticas, sedativas, estimulantes e antifúngicas (Cunha et al, 2013).

A evidência aponta para a sua atuação a nível psicológico na pessoa, principalmente através da inalação dos aromas, uma vez que estes afetam os recetores do sistema olfativo que, por sua vez, influenciam o sistema límbico, responsável pela regulação dos processos emocionais. Pode ainda atuar energeticamente sobre as células do corpo, dando origem a alterações físicas, mentais e emocionais, pois, conforme alega Plutarco, historiador grego, citado por Cunha *et. al* (2013, p.26) “*suas substâncias aromáticas acalmavam, diminuindo a ansiedade e permitindo um sono repousante.*” (Cunha et al, 2013).

Também Monte (2017) refere que a aromaterapia serve para integrar e equilibrar o processo psíquico e físico como terapia coadjuvante nos distúrbios da ansiedade, promovendo o bem-estar físico e mental da pessoa de forma holística quando associada ao tratamento medicamentoso.

Para Domingos e Braga (2014) a aromaterapia é uma técnica desenvolvida com óleos essenciais de plantas aromáticas, que são administradas por via dérmica ou olfativa, com o objetivo de promover e auxiliar o tratamento de diversos problemas médicos.

### **1.2. O QUE SÃO ÓLEOS ESSENCIAIS**

Vários são os processos industriais que são utilizados para adquirir óleos essenciais. Este é um produto obtido de origens vegetais, por destilação com vapor de água ou por processos mecânicos como a expressão ou prensagem, passando posteriormente pela separação da fase aquosa por processos físicos (centrifugação).

Nas plantas aromáticas pode haver um ou vários órgãos com concentração dos produtos aromáticos. Raramente a planta é toda utilizada, sendo normalmente utilizado o órgão mais

rico, no entanto, por vezes, quando se colhe de vários locais, a sua composição pode variar (Cunha et al, 2013).

Paganini e Flores e Silva (2014), refere que os óleos essenciais são originados de plantas, caules, raízes ou flores, cada um com as suas propriedades e atuação sobre o organismo humano, aplicados através de variados métodos, por forma a atuarem farmacologicamente, fisiologicamente e psicologicamente sobre o corpo.

Segundo Andrei e Comune (2005) os óleos têm uma consistência aquosa e límpida, que solidificam a temperaturas baixas. São solúveis em álcool, éter ou insolúveis em água, podendo desenvolver várias cores, desde as mais claras às escuras. Estes autores ainda referem que os óleos são voláteis uma vez que quando expostos ao ar tendem a evaporar.

### **1.3. COMO APLICAR OS ÓLEOS ESSENCIAIS**

É possível a sua utilização interna por via sublingual, para evitar pirose, mas é recomendado que não se ingira mais que uma gota por cada 10kg, num máximo de 6 gotas por dia, uma vez a sua agressividade para a mucosa gástrica. Utilizado em baixas percentagens, como aromatizante, por empresas alimentares. Existe ainda a possibilidade de utilizar os óleos essenciais misturados em supositórios ou óvulos vaginais, mas esta preparação terá que ser realizada em farmácia. Por via externa, a sua utilização é efetuada normalmente por inalação ou via transcutânea, com objetivo sedativo e/ou para diminuir a ansiedade, por massagens, compressas quentes ou frias, banhos aromáticos de imersão e gargarejos ou bochechos em água quente (Cunha et al, 2013).

No caso das inalações, pode-se utilizar colocando numa compressa 3-5 gotas de óleo essencial e inalar várias vezes. Outra forma para a utilizar é através de difusores artesanais ou elétricos, que levam água e o óleo, e são aquecidos na parte inferior. Pode ainda ser utilizado num sistema caseiro de aerossol com a junção do óleo essencial e água a ferver e aspirar os vapores, durante 5-10 minutos, num máximo de 2 a 3 vezes por dia, após cobrir-se a cabeça com uma toalha. (Cunha et al, 2013).

A via transcutânea permite uma absorção cutânea dos óleos, que por sua vez exerce efeitos sobre o organismo em geral, uma vez que a sua elevada lipossolubilidade permite a entrada na corrente sanguínea e a drenagem linfática, na qual se demonstra eficaz. As massagens podem ser aplicadas de seis formas, consoante o objetivo pretendido mas aquelas que iremos abordar são a *effleurage* e a *petrissage*. A sua aplicação deve respeitar três regras básicas: aplicação em local sossegado e em posição confortável; não massajar tecido lesado ou com varizes; abdómen de grávidas, pessoas com cardiopatias graves, epilepsia, febre ou que tenham acabado de se alimentar. A massagem por *effleurage* é a mais referenciada para o tratamento do stress,

fadiga e outros estados emocionais. Caracterizada por movimentos circulares com a palma da mão por forma a aquecer os músculos e prepará-los para uma massagem profunda como a *petrissage*, caracterizada por movimentos de pressão mais profundos, realizados normalmente com a superfície dos dedos ou polegar. Também Domingos e Braga (2014) e Dias et al, (2014), nos seus estudos, utilizaram a massagem por *effleurage* para aplicar a aromaterapia, tendo tido sucesso nos resultados finais em doentes com patologia psiquiátrica.

O'Flaherty-Hilder (2015) refere que a massagem se torna benéfica pois o contato dos óleos com a pele permite que estes sejam absorvidos pela corrente sanguínea, atingindo o seu pico máximo ao fim de 20 segundos. Estes efeitos tendem a desaparecer ao fim de 90 minutos.

As compressas, frias ou quentes, dependendo do objetivo a atingir, devem ser aplicadas sem excessos durante 30 minutos na zona a tratar e devem ser cobertas com uma toalha. Os banhos aromáticos são utilizados muitas vezes em estados depressivos, de stress e insónia. Os gargarejos ou bochechos são utilizados para problemas da orofaringe (Cunha et al, 2013).

#### **1.4. COMO PREPARAR ÓLEOS ESSENCIAIS**

A aspiração do aroma do óleo essencial no seu estado simples, poderá originar no organismo efeitos diferentes dependendo do tempo que este é aplicado, da sua composição e ao tipo psicossomático do indivíduo. Exemplo disso é a classificação de Airey (2004) citada por Cunha et, al. (2013) dos vários tipos de aromas (fortificantes, estimulantes, refrescantes, revitalizantes, calmantes e fortificantes, purificantes, regeneradores, quentes e reconfortantes, sensuais e sedutores e relaxantes) e quais os óleos essenciais que se enquadram em cada um, bem como, as suas características aromáticas e propriedades sobre o organismo.

Na massagem, o óleo essencial tem que ser sempre diluído num óleo vegetal (amêndoas, sementes de borragem, sementes de trigo, macadâmia ou onagra) ou pomada, em concentrações de 1 a 5%, dependendo do tipo de óleo e do objetivo desejado. A escolha do óleo tem que ter em conta ainda o tipo de pele, viscosidade e estabilidade. Para as compressas deve-se misturar cerca de 200ml de água quente ou gelada, 2 a 3 gotas de óleo essencial diluído em 5 ml de óleo fixo (Cunha et, al., 2013). Os óleos de lavanda e tea-tree, segundo, Paganini e Flores e Silva (2014), são os únicos que podem ser utilizados puros, sem necessidade de diluição.

#### **1.5. QUAIS OS EFEITOS TERAPÊUTICOS DOS ÓLEOS ESSENCIAIS**

Existe uma diversidade muito grande de óleos essenciais disponíveis. O que determina a sua escolha é o objetivo a atingir, de acordo com a sintomatologia presente na pessoa, e as preferências individuais da mesma (em termos de odor e forma de aplicação).

No sentido de ir ao encontro de sintomas ansiosos, alguns dos óleos essenciais com aromas calmantes e relaxantes, mais eficazes sobre a ansiedade, insónia e stress, segundo vários autores e que abordarei e/ou utilizarei nas sessões são:

- Alfazema/Lavanda – Atua como regeneradora sobre os tecidos, calmante, relaxante, analgésica, anti-inflamatória, sedativa e perante a insónia.
- Camomila – Com um aroma doce tem efeito calmante e sedativo, antisséptico, fortificante e sobre o sistema digestivo.
- Manjerição – Com um aroma doce, tende a acalmar a tensão nervosa para além do seu efeito sedativo e purificador.
- Salva – Atua perante a insónia, ansiedade, fadiga, micoses e problemas ginecológicos (Cunha et al, 2014, Paganini e Silva, 2014, O’Flaherty-Hilder, 2015, Allard e Katseres, 2016, Ali, et al, 2015 e Andrei e Comune, 2005).

Segundo Cunha et al (2014) estes podem ser utilizados através da inalação, massagem ou em banho.

No estudo de Domingos e Braga (2014) verifica-se a utilização de Lavanda/Alfazema, pelas suas propriedades calmantes e tranquilizantes. Diluído em gel neutro pode ser aplicado com massagem. Monte (2017) refere ainda que o uso do óleo essencial de lavanda é um poderoso ansiolítico natural, frequentemente utilizado, pelo seu efeito calmante que permite o auxílio da aquisição de bem-estar naqueles que sofrem de distúrbio da ansiedade, uma vez que a sua essência atua na glândula adrenal diminuindo a inquietude, tensão e insónia.

## **1.6. PRECAUÇÕES, PROBLEMAS OU COMPLICAÇÕES DA AROMATERAPIA E ÓLEOS ESSENCIAIS**

Embora a utilização dos óleos essenciais promova imensos efeitos terapêuticos, existem precauções que não devem ser descuradas. Só se deve fazer uso da aromaterapia se estiver instruído para a sua utilização. Se ingerir uma quantidade excessiva de óleo deve-se beber leite e solicitar colaboração médica. O contato destes com mucosas e olhos deve ser evitada, mas em caso de se verificar, deve-se lavar com um óleo vegetal (por exemplo, amêndoas doces ou azeite) uma vez que a água não se mistura com os óleos essenciais. Deve-se ter atenção também à hipersensibilidade visto que alguns óleos, em concentrações elevadas, podem desencadear reações alérgicas. É por isso importante que antes de utilizar uma essência em todo o corpo faça um teste de sensibilidade, colocando um pouco do óleo sobre a pele, na face antecubital. Nas 24h seguintes deve-se avaliar existência ou não de sensibilidade. Se surgirem sinais de hipersensibilidade deve-se aumentar a diluição do óleo e testar novamente. No caso da inalação,

o teste de tolerância deve ser realizado por 15 segundos e avaliado após 30 minutos (Cunha et al, 2014).

A utilização de uma essência em excesso pode torná-la tóxica, pelo que devem ser utilizadas de acordo com as indicações do fabricante ou profissional especializado na área e tendo em conta a toxicidade específica associada a cada óleo (irritações dérmicas, reações alérgicas e fototoxicidade). Quando utilizados óleos com índice de fototoxicidade, deve-se optar pela sua utilização noturna. Não se devem utilizar óleos em grávidas que apresentam complicações e/ou que estejam no primeiro trimestre, uma vez que estes podem atravessar a placenta, podendo levar ao risco de contrações uterinas e de aborto. As inalações não podem ser utilizadas em pessoas com asma ou epilepsia, sobre o risco de agudizarem as suas crises, bem como alguns aromas não devem ser utilizados sobre indivíduos hipertensos e com diabetes. Em crianças com menos de 5 anos, não se deve fazer aplicação e dos 6 aos 12 anos deve-se apenas utilizar metade da dose de adulto e evitar técnicas de aplicação direta, como a absorção cutânea em detrimento da inalação (Cunha et al, 2014).

É importante ainda ter-se atenção que após o manuseamento dos óleos essenciais se deve lavar convenientemente as mãos, por forma a evitar lesões, se se levar as mãos aos olhos, tendo em conta que estes são inflamáveis. É necessário, também, cuidado aquando da preparação de difusores de ambiente, evitando sempre a utilização de materiais de plástico e borracha. É ainda essencial que, uma vez que óleos são sensíveis aos raios ultravioletas, ao oxigénio e ao calor, estes sejam acondicionados em frascos opacos, hermeticamente fechados e guardados em local com temperatura inferior a 20°C (Cunha et al, 2014).

Também Andrei e Comune (2005) alertam para a toxicidade dos óleos essenciais referindo que a inalação prolongada poderá provocar cefaleias, náuseas, alergias, entre outros. Ao associar-se vários óleos o risco de toxicidade não é tão elevado, como na inalação individual, uma vez que existe uma combinação harmónica entre os mesmos.

## **1.7. ÓLEOS ESSENCIAIS E OUTROS MEDIADORES EXPRESSIVOS**

Vários são os mediadores expressivos que podem ser utilizados como medida de tratamento psicoterapêutico. Em conjugação com os óleos essenciais potenciadores de um relaxamento mental e estimulador da expressividade emocional, podemos ainda associar outros mediadores de expressão artística, como por via musical (musicoterapia), dramática (drama-terapia), dançada (dançoterapia) ou plástica (desenho e pintura) (Sousa, 2005).

Por existirem autores que afirmam que a realização da arteterapia, pode ser utilizada por especialistas na área da saúde mental, sejam eles arte-terapeutas, terapeutas ocupacionais ou enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica (Caddy et. al., 2012), venho deste

modo abordar de forma sucinta alguns deles por forma a conseguir, com os doentes, desenvolvê-los fundamentadamente nas atividades a que me proponho.

Com o objetivo de promover o desenvolvimento pessoal e o recovery do doente mental, estes mediadores podem ser aplicados em grupo ou individualmente, no entanto, para que a intervenção seja bem-sucedida deve ser realizado um planeamento estruturado da sessão, bem como, implementadas regras com os doentes no início de cada atividade.

No início de cada atividade, é importante reforçar-se que o objetivo da sessão não é o desempenho artístico, mas sim promover a expressão de emoções que possam emergir com as atividades criativas, sejam elas de expressão corporal, musical, plástica, literária ou dramática (Martins, 2012) pois conforme (Sousa, 2005, p.259) também refere, “não interessa o que o paciente desenha nem o como ele faz. Interessa apenas, que o faça, que se expresse, a expressão e não o seu produto”.

Neste seguimento, a utilização de vários mediadores expressivos, irá permitir ao doente não só a criação de arte mas também lhes irá permitir a utilização de novas técnicas para se conhecerem melhor, como se funcionasse como peças de um puzzle (Blomdahl et. al., 2018).

O sucesso da sessão dependerá em muito do ambiente, mas também das qualidades do profissional que a dinamiza, pois ao demonstrar comprometimento e capacidade para desenvolver uma atmosfera calorosa e compreensiva, os doentes tendem a sentir com a atividade, ganhos de saúde mental (Blomdahl, et al, 2016).

### **1.7.1. Expressão plástica**

A expressão plástica, é muito utilizada como mediador expressivo. Esta é utilizada no intuito de promover a expressão verbal e não verbal, através da utilização do desenho e da pintura (Blomdahl, et al, 2016; Martins, 2012).

Na forma de pintura tende a permitir o doente focar-se nos materiais que lhe são dados, por forma a aliviar o sofrimento mental e a ansiedade e potenciar mais facilmente a expressão emocional (Sousa, 2005).

A expressão artística permite assim que o doente analise e crie uma imagem interna de si, por forma a conhecer melhor a sua própria condição através da relação com as experiências vividas (Blomdahl et. al., 2018). Esta imagem interior pode surgir através da escolha de materiais, cores, texturas ou após a criação. As emoções poderão surgir consciente ou inconscientemente. A exploração das reações às emoções que emergem, são realizadas com base nos materiais de arte escolhidos e das cores por forma a ajudar a clarificar e a dar sentido à criação. Desta forma o profissional que desenvolve a intervenção torna-se parte do diálogo interior (Blomdahl et. al., 2018).

O profissional tem o papel de ouvir a história do doente, colocando questões que lhes permita explorar em conjunto novas perspetivas que ajudem a compreender as reações e ações do doente, desenvolvendo o autorreconhecimento, identificação e compreensão de pensamentos e sentimentos (Blomdahl et. al., 2018). Nem sempre este papel é facilmente desempenhável, uma vez que muitas vezes surgem obstáculos relacionados com a compreensão e aceitação do doente. Alguns dos obstáculos referidos por Blomdahl et. al. (2018) são, dificuldade em compreender que os efeitos da terapia podem demorar a surgir, dificuldade em deparar-se e aceder à sua imagem interna e diálogo interior, dificuldade em perceber que o desempenho artístico não é o objetivo da intervenção, dificuldade em identificar as emoções e simboliza-las o que poderá causar insegurança por parte do doente, ou, conforme defende Martins (2012) dificuldades relacionadas com a frustração de não conseguir representar como e o que se quer, tal como com a utilização dos materiais. Estes obstáculos surgem normalmente de medos e receios associados à concretização de novas experiências e do desconhecido (Martins, 2012).

Martins (2012) citando Carvalho e Guimarães (2011) associa a pintura ao sistema sensorial, uma vez que este promove a regressão parcial do doente, através da utilização das tintas das mais variadas formas e tipos e potencia a representação de sentimentos através da catarse provocada pela ação gestual. Desta forma Martins (2012) afirma que esta técnica pode ser utilizada em adultos com as mais variadas necessidades, no entanto doentes com psicomotricidade afetada, terão mais dificuldades em utilizar alguns materiais como pinceis pelo que a atividade deve ser adaptada a estes.

Assim conforme Blomdahl etl.al. (2013) defende, ao utilizar-se a expressão plástica como mediador expressivo, este possibilita o doente a desenvolver insight; ativando as funções emocionais; permitindo o acesso ao conteúdo do pensamento e à vivencia de experiência do self. Os exercícios adotados podem assim facilitar a compreensão e explicação de acontecimentos de vida, por forma a potenciar a aceitação do eu e a redução do auto-criticismo.

Ao desenvolver atividades com vista a expressão plástica, terei então como objetivos, promover no doente a identificação, clarificação e compreensão das emoções; estimular o diálogo interior; promover a expressão verbal e não verbal; promover a compreensão e explicação das experiências emocionais; promover a ligação entre o consciente e o inconsciente; estimular a criatividade, imaginação e competências para resolução de problemas e promover a relação corpo/mente (Blomdahl, et al, 2018).

### **1.7.2. Expressão literária (Bibliografia)**

Na expressão literária o enfermeiro pode utilizar, com o doente, diversos materiais escritos, entre eles livros, poemas, textos, prosas, notícias, etc. com o objetivo de permitir ao

doente a vivência de sentimentos, emoções e comportamentos com respetiva aquisição de competências emocionais e cognitivas, por forma a aumentar a autoestima e a autoimagem, e potenciar a individualidade e a autonomia do doente (Andrade, 2018; Yontz-Orlando, 2017; Volpe, Torre, Santis, Perris & Catapano, 2015). A utilização destas técnicas tem muito mais sucesso segundo o que vários autores alegam, se forem desenvolvidos em conjunto com a devida adesão terapêutica e/ou psicoterapia individual.

Com esta técnica, estimula-se, através da realização de variados exercícios, o desenvolvimento da perceção da realidade (Andrade, 2018), uma vez que os textos poderão ajudar o doente a aumentar os conhecimentos e estratégias para resolução dos seus problemas, promovendo um efeito relaxante perante as emoções vividas, a resiliência do doente na adaptação e gestão dos desafios encontrados ao longo da vida (traumas, situações de stress etc.) por forma a desenvolver um bem-estar psicológico, através do desenvolvimento de competências em lidar com os seus problemas (mentais, emocionais, físicos, de desenvolvimento ou sociais) e promovendo assim a sua saúde num sentido mais amplo (Tukhareli, 2017).

Assim, com esta técnica tenho como objetivos promover o bem-estar psicológico, autonomia, autoestima e a resiliência no doente, bem como dotá-los de estratégias de resolução de problemas, desenvolvendo a sua capacidade de argumentação e promovendo a aceitação de opiniões distintas. Desta forma, promove-se também a capacidade para ouvir o outro e desenvolve-se o juízo crítico ao se incentivar a expressão de emoções e sentimentos através da criatividade. Esta permitirá ainda ao doente vivenciar sentimentos, emoções e comportamentos que mesmo não sendo destes, lhes poderão dar novos significados, comportamentos e a dar uma nova perceção da realidade que os fará desenvolver para si estratégias e competências cognitivas, comportamentais e relacionais (Yontz-Orlando, 2017; Andrade, 2018) que lhe permitirá viver com as tuas alterações e necessidades.

## **CAPÍTULO II: PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO**

### **2.1. DELIMITAÇÃO DA PROBLEMÁTICA**

A falta de conhecimentos, demonstrada pelos profissionais de saúde, para implementar em serviços de internamento de psiquiatria, terapias complementares, e de especialista que desenvolvam intervenções psicoterapêuticas, não tem ajudado a que os utentes desenvolvam a capacidade de encontrar estratégias e mecanismos para resolução dos problemas com que se deparam, dentro e fora do internamento.

Nesta sequência, sabemos que várias são as patologias existentes que geram sintomas ansiosos e que durante um internamento tendem a aumentar levando os doentes a experienciar processos de gestão ineficaz, preocupação constante, irritabilidade, tensão muscular, insónias (inicial, intermédia, final ou total), etc. que acabam por ter impacto na sua vida social, ocupacional ou funcionamento.

Desta forma e como já foi visto anteriormente, o uso de óleos essenciais produzem efeitos no organismo humano e há cada vez mais evidência que pode ajudar no controlo sintomático da ansiedade, stress e insónias. Gnatta et al (2016), referem que quando os óleos essenciais são inalados (quer de forma direta ou indireta) estimulam os nervos olfativos que, por sua vez, estimulam o sistema límbico, responsável pelas emoções, sentimentos e impulsos motivacionais. Deduz-se que esta estimulação gera um sistema capaz de libertar neurotransmissores como a encefalina e endorfinas que produzem efeitos analgésicos e dão um senso de bem-estar e relaxamento.

Paganini e Flores e Silva (2014) também relacionam a inalação dos óleos essenciais à zona do cérebro responsável pelo olfato, memória e emoção, produtora dos efeitos dos mesmos, bem como passagem à corrente sanguínea quando massajados. Allard e Katseres (2016), por sua vez, interligam o sistema límbico ao cérebro que influencia a frequência cardíaca, pressão arterial, respiração, memória e níveis hormonais.

Sabe-se que em relação à enfermagem vários são os autores e instituições que recomendam a utilização da aromaterapia e salientam a sua importância nas mais variadas áreas, permitindo a discussão, análise e desenvolvimento da sua aplicação nos cuidados de enfermagem. De acordo com Gnatta et al (2016) o primeiro registo do uso de óleos essenciais por enfermeiros ocorreu com Florence Nightingale ao utilizar o óleo essencial de lavanda para acalmar soldados feridos em guerra. No entanto, só anos mais tarde, através de estudos efetuados por Marguerite Maury, a aromaterapia ganhou uma maior expressão como terapia complementar nos cuidados de enfermagem, assumindo-se as inúmeras vantagens dos diferentes óleos essenciais para o

tratamento de diversas patologias, minimização de sintomas e ajuda na adaptação da pessoa ao meio ambiente.

Monte (2017, p.3) refere “...inúmeros benefícios, (...) distúrbios gastrointestinais, antioxidante, anticarcinogenica, antimicrobiana, anti-inflamatória e emocionais” bem como “...manutenção, contribuição e preservação da saúde mental, (...) proporciona um relaxamento e calmante no processo de ansiedade pelas ervas (...) recurso (...) de baixo custo, (...) acessível a todas as classes sociais (...) possibilidade, de tratamento de prevenção (...) sem recorrer à administração de psicofármacos.”

Domingos e Braga (2014) por sua vez referem que a aromaterapia é uma área em expansão, uma vez ser uma terapia segura, com potencial para a diminuição de sintomas como agitação psicomotora e agressividade em doentes com demência. Os mesmos autores, referem que há melhoria da sintomatologia depressiva, ansiosa e náuseas, bem como, o aumento do relaxamento em doentes com cancro.

Dias et al (2014), refere ainda que a aromaterapia implementada em mais do que uma técnica ao mesmo tempo (massagem e inalação) permite obter resultados mais eficazes na diminuição do stress e ansiedade. Com base nesta fundamentação, optarei por utilizar os óleos essenciais em todas as técnicas que desenvolver, com o intuito de verificar a eficácia da utilização dos mesmos em conjunto com técnicas plásticas e literárias, musicais ou movimento.

A massagem de aromaterapia é, segundo O'Flaherty-Hilder (2015), uma solução ideal para controlar o stress. Este refere também que desta forma o terapeuta poderá facilitar ao cliente a utilização de misturas de óleos para utilização no domicílio, permitindo a aquisição de benefícios terapêuticos ao incorporarem de forma inteligente esta técnica nas suas vidas diárias.

De acordo com Gnatta et al (2016), a aromaterapia encontra o seu espaço de desenvolvimento nos cuidados de enfermagem que seguem uma perspetiva holística, sendo que o enfermeiro tem de ter em consideração a forma como o meio ambiente onde a pessoa está inserida afeta o seu organismo e bem-estar, podendo os óleos essenciais escolhidos ajudar a melhorar a resposta do organismo aos stressores do ambiente (relaxamento, facilitando as interações sociais, promovendo uma melhor adaptação ao ambiente, entre outros). Os autores reforçam que aquando da escolha do óleo essencial é importante que o enfermeiro esteja atento às interações que faz com cada pessoa individualmente, agindo como um parceiro nos cuidados planeados e, assim, desenvolvendo um plano de tratamento individual e único que promova o bem-estar e a saúde.

Podemos assim concluir que o uso de mediadores de intervenção, para a nossa prática enquanto enfermeiros, pode assumir um papel importante como terapia complementar dos

cuidados que prestamos, uma vez que o objetivo do cuidado de enfermagem é ajudar a pessoa a concretizar o seu projeto de saúde.

No apêndice I é devidamente apresentado o modelo conceptual realizado da problemática.

## **2.2. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA**

No decorrer deste estágio verifico que nenhum especialista aplica certos mediadores expressivos como auxílio ao tratamento de patologias mentais, tal como os óleos essenciais.

O estudo realizado sobre aromaterapia e óleos essenciais permitiu-me perceber que, apesar de ainda haver um longo caminho de investigação a percorrer, existem imensos estudos que apontam para os benefícios desta técnica para o controlo de sintomatologia ansiosa, depressiva, melhoria do humor e regulação do sono (Diego et al, 1998; Lehmer et al, 2005; Lee et al, 2011; Dias et al, 2014; Domingos & Braga, 2014; Monte, 2017; Paganini e Flores e Silva, 2014).

Desta forma, com o objetivo de adquirir e desenvolver novos conhecimentos sobre os mediadores abordados anteriormente, que possa aplicar com os doentes internados em serviço de psiquiatria, em fase aguda, desenvolvi vários planos de sessões com os quais pudesse, perceber os resultados que estes nos permitem atingir enquanto profissionais especializados, bem como a eficácia dos mesmos perante doentes com sintomas ansiosos, como vista em dar resposta à pergunta, qual o efeito da utilização dos óleos essenciais e de mediadores expressivos na gestão de sintomas ansiosos na pessoa internada num serviço de psiquiatria?.

## **2.3. CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO-ALVO E INTERVENÇÃO**

Doentes que estejam internados em serviço de agudos de psiquiatria, com idades compreendidas entre os 18 e 60 anos, de ambos os sexos, com quadros de ansiedade/insónias de difícil controlo, com função cognitiva mantida e capacidade de insight. Estes podem apresentar diagnósticos de enfermagem como: humor comprometido, ansiedade presente, autocuidado comprometido, sono comprometido, risco de ou isolamento social, etc.

Para que esta intervenção seja eficaz numa fase inicial é necessário que seja efetuado um grupo pequeno, de no máximo 6 pessoas, para que a técnica possa ser efetuada com a individualmente necessária para atingir melhores efeitos. É explicado a todos os intervenientes como a intervenção irá decorrer, para que estes consigam decidir se querem ou não participar da mesma. A intervenção incidirá na aplicação de óleos essenciais através de massagem das mãos e/ou inalação dos mesmos dentro e fora das sessões, podendo em algumas sessões ser associadas outras técnicas expressivas em conjugação com esta. A promoção para a adesão dos utentes a esta intervenção passará pelo contato direto com os mesmos, explicação das vantagens que podem ter na diminuição da ansiedade e stress e no aumento da qualidade do sono.

Serão planeadas intervenções semanais com o conhecimento dos doentes, uma vez que, de acordo com Domingos e Braga (2014), verificou-se maior empenho e nível de satisfação perante a técnica, por parte dos utentes, quando havia um comprometimento com o profissional e maior expectativa da parte dos mesmos quando se aproximava o dia da terapia.

É importante de referir e ter em conta, conforme Sampaio, Sequeira e Canut (2018) defendem que, liderar grupos terapêuticos é uma competência que deve pertencer ao EEESMP. Para desempenhar o seu papel eficazmente, este precisa de desenvolver a capacidade de identificar as várias dinâmicas que surgem nos grupos e ajustar o tipo de liderança a cada um.

As vantagens do trabalho em grupo são abordadas por vários autores, pois este possibilita o desempenho de papéis no grupo (ajudar e ser ajudado); partilha de dificuldades individuais; experiência de ser aceite; compreensão dos pares sobre os conteúdos partilhados; fortalecimento do eu, através da compreensão das diferentes perspetivas que podem existir da mesma realidade, o que permite o desenvolvimento de conhecimento de si próprio, potenciando a escuta ativa e fomentando a partilha constante entre os participantes do grupo; tolerância para as angústias; melhorar a autoestima, autonomia, maturidade e responsabilidade (Leal, 2016; Barker & Buchanan-Barker, 2005).

O planeamento das intervenções seguirá em apêndice.

#### **2.4. OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS DA INTERVENÇÃO**

Com a aplicação deste mediador tenho como **objetivo geral** capacitar a pessoa para a gestão dos seus sintomas ansiosos e resolução de problemas. Como **objetivos específicos** desta intervenção pretendo que as pessoas adquiram conhecimentos sobre a utilização dos óleos essenciais e o impacto que tem sobre a gestão emocional, para que adquiram uma maior capacidade de gerir, de forma autónoma, as suas emoções, face a eventos stressantes e/ou insónia sem recorrer a terapêutica de SOS, além dos objetivos já referidos anteriormente em cada uma das técnicas expressivas. Serão, entretanto, apresentados individualmente no planeamento das intervenções os objetivos específicos de cada sessão, mediante a escolha de cada técnica.

#### **2.5. OBSTÁCULOS PREVISÍVEIS À IMPLEMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO**

É previsível a existência de alguns obstáculos que podem dificultar a implementação do que foi planeado, sendo eles a hipersensibilidade aos óleos essenciais, incapacidade para estar junto de outras pessoas/isolamento social, diminuição da tolerância ao toque e alteração do processo de pensamento. Como fatores de exclusão identifico a fobia social, alterações da

percepção e incapacidade cognitiva, hipersensibilidade aos óleos, bem como doentes a fazer medicação antiarrítmica, que tenham epilepsia, asma ou grávidas.

## **2.6. AVALIAÇÃO GERAL DA INTERVENÇÃO**

Planeio avaliar a intervenção e eficácia dos mediadores utilizados no final de cada sessão de forma informal e em grupo. Na última sessão, pedirei a cada doente que realize de forma sucinta uma reflexão oral e/ou escrita, conforme as suas capacidades, sobre o impacto da utilização dos óleos essenciais com outros mediadores expressivos, ao longo das quatro semanas aplicadas, sobre o controlo da ansiedade, sono, resolução de problemas, insight, etc.

Nas sessões em que os óleos essenciais entrarem em contato com a pele, irei avaliar a frequência cardíaca, de cada utente, no início e fim da sessão, por serem parâmetros objetiváveis acerca da eficácia dos óleos essenciais sobre o organismo humano.

## CONCLUSÃO

Enquanto futura enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica, é de suma importância que consiga planejar, implementar e avaliar intervenções psicoterapêuticas. De acordo com Sampaio, Sequeira & Lluch-Canut (2014), estas podem ser consideradas como intervenções autônomas de enfermagem *“com um corpo de conhecimento próprio (ainda que apoiado noutras disciplinas científicas), e com uma metodologia de operacionalização bem sistematizada”*. Mullen (2009) refere que as intervenções terapêuticas apresentam diversas vantagens, entre as quais, aumento da compreensão da doença, reforço de competências de autogestão, controlo mais eficaz de sintomas, melhoria de mecanismos de *coping*, aumento da adesão ao tratamento e redução do tempo de internamento/recuperação, entre outros.

Sampaio et. al. (2014) refere ainda que a intervenção psicoterapêutica consiste numa aplicação informada e intencional de Técnicas de Psicoterapia, assentes em vários pressupostos: é uma intervenção estruturada, sistematizada, progressiva e sequencial; é realizada por um EESMP ou por um enfermeiro de cuidados gerais com formação específica e competências certificadas pela OE; é baseada em racionais teóricos de Psicoterapia; decorre de um diagnóstico de Enfermagem no âmbito da saúde mental; o cliente apresenta um papel ativo e tem alguma consciência de si; tem como base a relação terapêutica e a comunicação interpessoal entre enfermeiro e cliente; apresenta como objetivo a mudança ou redução de um estado percebido como negativo. Assim, os cuidados de enfermagem centram-se no doente e são prestados com base na relação interpessoal estabelecida, tendo como objetivo a melhoria do estado de saúde e aumento do bem-estar desta. Por isto, as terapias complementares surgem como uma mais-valia para os cuidados de enfermagem.

As técnicas abordadas revelam-se como terapias com diversas vantagens no controlo da sintomatologia nas perturbações de ansiedade, stress, insónias, entre outros. A aromaterapia necessita ainda de investigações para se comprovar a sua eficácia, mas, tendo em conta toda a literatura estudada, é uma terapia com um nível mínimo de possibilidade de dano para as pessoas, que as podem ajudar a gerir autonomamente os seus sintomas, aumentando assim o seu bem-estar, principalmente se em conjugação com outras técnicas expressivas.

Em termos gerais, creio que com a implementação destas intervenções psico e lúdico-terapêuticas, conseguirei no fim ter desenvolvido várias das competências comuns (*“melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais”*) e específicas (*“assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida(...)na otimização da saúde mental; ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida (...)a recuperar a saúde mental, mobilizando dinâmicas próprias a cada contexto; prestar cuidados psicoterapêuticos,(...)de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”*) do enfermeiro especialista em saúde mental.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

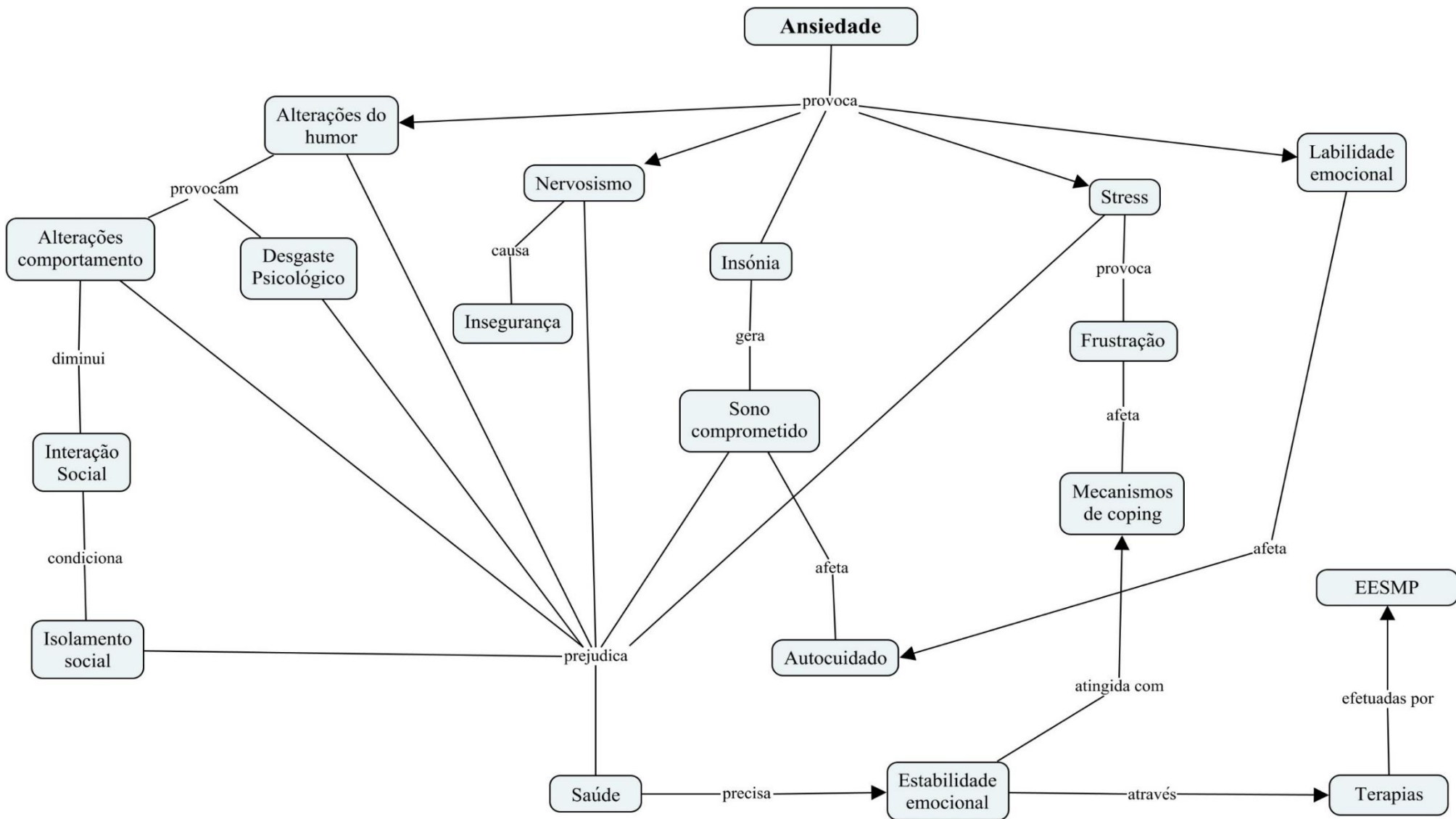
- Allard, M. E., & Katseres, J. (Fevereiro de 2016). **Using Essential Oils to Enhance Nursing Practice and for Self-Care.** *AJN*, *116*, N<sup>o</sup>2, 42-49.
- Andrade, P. (janeiro a março de 2018). Biblioterapia em contexto terapêutico de reabilitação psicológica e psicossocial em saúde mental. *Hospitalidade*, ano 82, pp. 19-31
- Andrei, P., & Comune, A. P. (out/dez de 2005). Aromaterapia e suas aplicações. *11*, n<sup>o</sup> 4, pp. 57-68. Obtido de [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/cadernos/36/07\\_aromaterapia.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/cadernos/36/07_aromaterapia.pdf)
- Blomdahl, C.; Gunnarsson, B.A.; Guregård, S.; Rusner, M.; Wijk, H.; Björklund, A. (2016). Art therapy for patients with depression: expert opinions on its main aspects for clinical practice. *Journal of Mental Health*. 25 (6), 527-535.
- Blomdahl, C.; Wijk, H.; Guregård, S.; Rusner, M. (2018). Meeting oneself in inner dialogue: a manual-based Phenomenological Art Therapy as experienced by patients diagnosed with moderate to severe depression. *The Arts in Psychotherapy*. 59, 17-24.
- Blomdahl, C.; Gunnarsson, A.; Guregård, S.; Björklund, A. (2013). A realist review of art therapy for clients with depression. *The Arts in Psychotherapy*. 40. p. 322-330
- Caddy, L.; Crawford, F.; Page, A.C. (2012). “‘Painting a path to wellness’: correlations between participating in a creative activity group and improved measured mental health outcome”. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 19. P.327-333
- Catapano, F., Volpe, U., Torre, F., De Santis, V., & Perris, F. (2015). Reading Group Rehabilitation for Patients with Psychosis: A Randomized Controlled Study. (D. 10.1002/cpp.1867, Ed.) *Clinical Psychology and Psychotherapy* , pp. 15-21
- Cunha, A. P., & Roque, O. R. (2013). *Aromaterapia - Fundamentos e Utilização*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cunha, A. P., Roque, O. R., & Nogueira, M. T. (2012). Aromaterapia. In *Plantas Aromáticas e Óleos Essenciais Composições e Aplicações* (pp. 113-134). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Dias, P., Sousa, M. J., & Pereira, O. R. (2014). Uso da Aromaterapia no Controlo de Stresse e Ansiedade. In A. C. Agostinho Cruz, *Livro de Atas do X Colóquio de Farmácia* (pp. 55-59). Porto: Área Técnico-Científica de Farmácia - Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto. Obtido de <http://hdl.handle.net/10198/11484>
- Diego, M., Jones, N., Field, T., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., McAdam, V., . . . Galamaga, M. (1998). Aromatherapy positively affects mood, EEG patterns or alertness and math computation. *The international journal of neuroscience*, *86* (1-2), 217-224.

- Domingos, T. S., & Braga, E. M. (21 de Junho de 2013). Aromaterapia e Ansiedade: Revisão Integrativa da Literatura. *Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares*, 2, Nº 2, pp. 73-81. Obtido de <https://www.researchgate.net/publication/312287273>
- Domingos, T. S., & Braga, E. M. (2014). Significado da massagem com aromaterapia em saúde mental. *Acta Paul Enferm.*, 27(6), 579-584. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400094>
- Gnatta, J., Kurebayashi, L., Turrini, R., & Silva, M. (2016). Aromatherapy and nursing: historical and theoretical conception. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50 (1), 127-133.
- Lee, Y., Wu, Y., Tsang, H., Leung, A., & Cheung, W. (2011). A systematic review on the anxiolytic effects of aromatherapy in people with anxiety symptoms. *Journal of alternative complementary medicine*, 17 (2), 101-108.
- Martins, D. (2012). Arte-Terapia e as Potencialidade Simbólicas e Criativas dos Mediadores Artísticos. (Tese de Mestrado). Obtido de: <http://hdl.handle.net/10451/10008>
- Monte, O. A., Cunha, A. R., Neves, J. P., & Paulino, T. S. (2017). A Utilização da Aromaterapia como Medida Complementar ao Tratamento da Ansiedade. *Práticas Integrativas e Complementares em Saúde* .
- Mullen, A. (2009). Mental health nurses establishing psychosocial intervention within acute inpatient settings. *International journal of mental health nursing*, 18, 83-90.
- OE. (18-02-2011). Regulamento nº129/2011 de 18 de fevereiro - Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental. *Diário da República 2ª Série, nº35*, 8669-8673.
- O'Flaherty-Hilder, C. (2015). Stress and Aromatherapy. pp. 34-35. Obtido de International Federation of Aromatherapy: <https://ifaroma.org/index.php/english/home>
- Paganini, T., & Flores e Silva, Y. (2014). O uso da aromaterapia no combate ao estresse. Obtido de <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v18i1.2014.5157>
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch-Canut, T. (2014). A intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental: Conceitos e desafios. *Revista portuguesa de enfermagem de saúde mental*, 103-108.
- Sousa, A. (2005). Psicoterapias Ativas (Arte-Terapias). Livros Horizonte: Lisboa
- Tukhareli, N. (2017). Bibliotherapy-based wellness program for healthcare providers: using books and reading to create a healthy workplace. Obtido de: "[https://www.researchgate.net/publication/318870342\\_Bibliotherapybased\\_Wellness\\_Program\\_for\\_Healthcare\\_Providers\\_Using\\_Books\\_and\\_Reading\\_to\\_Create\\_a\\_Healthy\\_Workplace](https://www.researchgate.net/publication/318870342_Bibliotherapybased_Wellness_Program_for_Healthcare_Providers_Using_Books_and_Reading_to_Create_a_Healthy_Workplace)" Doi: 10.5596/c17-010

Yontz-Orlando, J. (2017). Bibliotherapy for Mental Health. *International Research in Higher Education*, 2, pp. 67-73. Doi: <https://doi.org/10.5430/irhe.v2n2p67>



**APÊNDICES I: MAPA CONCEPTUAL DA ANSIEDADE**



**Apêndice VIII: Trabalho “Promoção do autocuidado como  
intervenção especializada em ESMP”**

**UNIDADE CURRICULAR:**  
**ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

**Promoção do autocuidado como intervenção especializada  
em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

**Discentes:**

Daniela Caridade nº 2928

**Enfermeira Orientadora:**

Enf<sup>a</sup> ----

**Docente orientador:**

Prof. Doutor Joaquim de Oliveira Lopes

----, fevereiro de 2020

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO	2
CAPÍTULO I: PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NO DOENTE MENTAL	3
1.1. Doença mental e o desinvestimento no autocuidado	5
1.2. Consequências para a comunicação, interação social e o isolamento	8
1.3. O autocuidado como foco de atenção dos cuidados especializados em ESMP	10
1.4. Estratégias de promoção do autocuidado com a pessoa com doença mental	14
CAPÍTULO II: CONCLUSÃO	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18

## INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio desenvolvido na Unidade de Internamento de Agudos do Serviço de Psiquiatria do Hospital (...), em (...), foi-me proposto pelo meu docente orientador em comum acordo com a Enf<sup>a</sup> orientadora deste estágio, realizar um trabalho com fundamentação bibliográfica que me permitisse atuar individualmente, de forma fundamentada, com os doentes internados no serviço durante a prestação de cuidados, ou seja, do autocuidado, por forma a garantir o desenvolvimento de intervenções especializadas do enfermeiro especialista durante esta prestação.

Sendo a prestação de cuidados com intenção psicoterapêutica uma das competências do EEESMP, é importante o desenvolvimento desta fundamentação para que nos possamos dotar de uma noção de intervenções individualizadas, que mesmo, aparentemente simples se podem tornar terapêuticas e incentivar o desenvolvimento de tantas outras, com ganhos de saúde para o doente.

Para se desenvolver e aplicar as competências e intervenções especializadas com visto o desenvolvimento do autocuidado no internamento, tentarei primeiramente identificar o problema, para se poder limitar as características e alterações que potenciam o mesmo e nessa sequência distinguir as necessidades de intervenção e ajustá-las sempre que os resultados não forem os definidos para o bem-estar mental do doente e sempre com o objetivo de que os mesmos adquiram competências específicas no seu autocuidado.

Desta forma, o trabalho foi estruturado em dois capítulos. O primeiro capítulo, é dividido em quatro subcapítulos nos quais abordo o desinvestimento no autocuidado, as consequências, o foco de atenção e as estratégias de promoção com o doente mental. No segundo capítulo, apresento a conclusão da necessidade de se abordar e desenvolver esta temática ao longo dos cuidados com a equipa que pretos cuidados diretos aos doentes no intuito de melhor o contato e desempenho de funções com vista o melhor desenvolvimento do doente mental.

## **CAPÍTULO I: PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NO DOENTE MENTAL**

A promoção do autocuidado no doente mental depende da relação entre enfermeiro e doente enquanto base da enfermagem psiquiátrica, pois é através desta que ambos se reconhecem enquanto seres importantes e únicos (Townsend, 2011).

Deve um enfermeiro fazer coisas para o doente ou podem as relações participativas ser enfatizadas de modo a que o enfermeiro faça coisas **com** o doente como parte de uma agenda de trabalho a ser cumprida para o alcance de um objetivo – a saúde. É provável que o processo de enfermagem seja educativo e terapêutico quando o enfermeiro e o doente se conhecem e respeitam mutuamente, como pessoas iguais e, no entanto, diferentes, e como pessoas que partilham a solução do problema (Townsend (2011) citando Peplau (1991, p.9)).

É através da relação terapêutica que o enfermeiro e o doente promovem assim um ambiente curativo que permite a promoção do crescimento e prevenção da doença como uma “experiência mutuamente significativa” (Townsend, 2011). Para isto acontecer durante a relação terapêutica o enfermeiro deve ser capaz de utilizar o uso terapêutico de si como “a capacidade de utilizar de modo totalmente consciente a própria personalidade para estabelecer vínculos e estruturar as intervenções de enfermagem” (p.122) através da sua auto-consciencialização e conhecimentos que são influenciados pelo seu código de valores.

Com base na relação terapêutica, o cuidado direto à pessoa, perante as suas NHF, como o banho, dependem de um processo executivo ou de supervisão, no qual os intervenientes da relação, permitem a criação de um espaço e tempo de interação que estimule o desenvolvimento de conhecimentos entre enfermeiro e doente. Ainda assim, esta tarefa, é ainda e infelizmente, vista como uma tarefa para manter apenas o doente limpo (Fonseca et al, 2015), de rotina, que chega na maioria das vezes a ser realizado sem o envolvimento do enfermeiro (Nóbrega & Silva, 2009), perdendo-se assim a oportunidade de desenvolver uma intervenção intencional que permite o planeamento de outros cuidados, por forma a ensinar e proporcionar conforto e bem-estar ao doente (Fonseca et al., 2012 citado por Fonseca et al, 2015).

Assim o autocuidado traduz-se na prática de atividades que o indivíduo inicia e realiza em prol de si próprio para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Pode dizer-se que o autocuidado é a capacidade da pessoa cuidar dela própria, no que se refere à alimentação, higiene e aparência, ocupar-se, fazer as atividades básicas da vida diária, assim como atividade física e comportamento de precaução e procura de saúde.

No curso base de enfermagem, orientam-nos para a prestação de cuidados de higiene, como um cuidado obrigatório de se desenvolver para a limpeza e conforto do doente internado, muitas

vezes associado à ação “executar: dar banho, mudar de roupa, levantar da cama, associado a padrão cultural e nível socioeconómico.” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p. 96, citado por Fonseca et al, 2015), no entanto o método pedagógico restringe-se a ensinar e desenvolver a técnica, esquecendo todo o entrelaçar de cuidados presente no momento (Collière, 2003). É por isso importante esclarecer-se que a higiene abrange diversas e diferentes áreas de atuação, entre elas temos, higiene coletiva, higiene mental, higiene profissional, higiene pública, higiene social, higiene da habitação, higiene da alimentação, higiene corporal, entre outros (Martins, 2009 citado por Fonseca et al, 2015).

Perante a higiene corporal, temática que mais abordarei em seguida, por vezes a dependência de muitos doentes, torna-se uma condicionante ao desenvolvimento do doente e por isso o enfermeiro deve ser considerado o profissional de saúde com melhor competência para a prestação do cuidado considerado essencial para a manutenção da vida, segundo Collière (1989) e uma medida de promoção e manutenção da saúde, segundo Nightingale (2005) (Fonseca et al, 2015). Apesar de ter isto em conta, verifica-se muitas vezes, que este cuidado é delegado pelos enfermeiros para os assistentes operacionais (Fonseca, Penaforte, & Martins, 2012; Mercadier, 2004, citado por Fonseca et al, 2015).

É um facto que as perspetivas face aos cuidados de higiene - banho são divergentes. Para uns, são tidos como um momento que oferece espaço de continuidade, de ligação e com significado. Outros referem-nos como uma execução repetitiva, obsessiva e precisa de atos, sem sentido, vazia de significado simbólico, perdida nas rotinas e simplicidade (Penaforte, 2011). Contudo, o facto de os enfermeiros dispensarem o tempo de dar ou acompanhar os cuidados de higiene - banho da pessoa, onde podiam ouvir e observar, faz com que tenham de encontrar durante o turno outras oportunidades de forma a procurar avaliar com exatidão as necessidades que as pessoas apresentam (Henderson, 2007; Sandelowski, 2002, citado por Fonseca et al, 2015, p.38).

Assim se analisarmos a história da Enfermagem em relação ao cuidado com o corpo, Nightingale (2005) referia que a higiene pessoal era essencial ao cuidado da pessoa, pois além de proporcionar a limpeza do corpo, proporcionava também alívio e conforto, sendo por isso um dos temas principais a ser desenvolvido na formação de Enfermagem como um cuidado vital mas autónomo (Downey & Lloyd, 2008). Assim para Potter & Perry (2006) este autocuidado é representado por um conjunto de práticas que têm o objetivo de fornecer limpeza e cuidado ao corpo, como meio para atingir o bem-estar geral do doente, a sua recuperação, segurança, conforto e manutenção da autoestima (Fonseca et. al, 2015).

Ao desenvolver uma intervenção especializada com os doentes durante o autocuidado, tenho assim como intenção dotá-los de princípios e consciência da necessidade do desempenho de cuidados de higiene, alimentares etc. para que o seu processo reabilitativo seja desenvolvido. É neste sentido que subcapítulos em seguida serão desenvolvidos.

## 1.1.DOENÇA MENTAL E O DESINVESTIMENTO NO AUTOCUIDADO

A importância da doença mental na relação com o autocuidado – higiene é significativa, dependendo da patologia, sinais e sintomas verificados em cada doente.

Nesta sequência creio ser importante perceber-se a distinção da classificação de algumas perturbações psiquiátricas, distinguidas por alguns autores em síndromes orgânicos e funcionais, doenças ou perturbações da personalidade (Casey e Kelly, 2007), para também percebermos em que medida a relação com os doentes deve ser adaptada, perante este cuidado.

No que diz respeito aos síndromes orgânicos (*delirium*, demência generalizadas – demência de corpos de Lewy e doença de alzheimer; focais – demência do lobo frontal, amnesia e outras perturbações cognitivas), sabe-se que estes são originados de perturbações mentais agudas, sub-agudas e crónicas, nas quais a característica mais comum é a alteração da consciência que pode levar a estados de *delirium*, défices de memória, desorientação, défices de atenção e até alucinações. A desorganização, incoerência e algum grau de amnésia são características comuns. Frequentemente se associa a estes síndromes estados de ansiedade e agitação, no entanto este tipo de doentes consegue frequentemente desempenhar tarefas complexas apesar de por vezes apresentar estados de perplexidade (Casey e Kelly, 2007). Travers (2018), refere ainda que neste tipo de síndromes, como é o caso da demência de corpos de Lewy, os doentes têm tendência para demonstrar maior dificuldade na compreensão das informações, levando-os a demorar mais tempo para desempenhar tarefas como o autocuidado – higiene.

Em relação aos síndromes funcionais (esquizofrenia, doença maníaco-depressiva) são frequentemente classificados como síndromes em que não se verifica imediata e nitidamente uma patologia cerebral. Durante anos, estes síndromes foram distinguidos em psicoses (no qual a pessoa não apresenta insight, a percepção da realidade apresenta-se alterada devido às alterações da personalidade que a doença origina e pela realidade falsa criada através das experiências distorcidas que o doente viveu ao longo da vida) e neuroses (no qual a pessoa apresentava insight sobre a doença e mantinha a realidade intacta). Embora esta seja uma forma simplificada de descrever, esta não é totalmente credível uma vez que muitos doentes neuróticos não apresentam insight para a doença e por isso a podem minimizar ao longo de muito tempo, enquanto doentes psicóticos, com esquizofrenia por exemplo, são capazes de pedir ajuda de forma voluntária para lidarem com os seus surtos psicóticos, antes ou mesmo durante os mesmos. Pode-se ainda dizer que a personalidade não se apresenta alterada apenas nas perturbações psicóticas, na doença depressiva muitas vezes, também existe esta alteração, como

da mesma forma algumas pessoas com perturbações psicóticas não têm alteração da personalidade (Casey e Kelly, 2007).

Em relação ao doente neurótico considera-se que este apresenta uma resposta anormal às adversidades e que por isso os seus mecanismos de defesa alteram as suas experiências. Por exemplos os doentes considerados histéricos têm tendência para transformar as experiências emocionais em sintomas físicos. Perante esta transformação, a distinção entre a pessoa neurótica ou normal baseia-se numa questão quantitativa, no entanto citado Schneider (1959) os doentes com POC não se enquadram uma vez que os seus sintomas não são incertos, mas diferem qualitativamente do normal comportamento (Casey e Kelly, 2017).

Além dos perturbações já abordadas podemos ainda falar das perturbações da personalidade, frequentemente comparadas com as neuroses, que segundo Schneider (1959) refere como estas são uma reação da personalidade normal ao stress grave ou uma reação de uma personalidade anormal ao stress leve ou moderado. O mesmo autor defende que as neuroses, reações psicopatogénicas e perturbações da personalidade por não sofrerem alterações do sistema nervoso não são doenças como considera nas psicoses funcionais.

Atualmente o DSM-V e o ICD-10 têm outras classificações para as perturbações mentais, atualizadas por transtornos em vez de perturbações e com ou sem espectros.

Ainda em relação ao desinvestimento, alterações e dificuldades no autocuidado, Chaturvedi (2017) refere que os doentes maníacos tendem a tomar banho cedo e com água fria (no inverno). Os doentes depressivos, catatónicos e os com sintomas negativos evitam o banho. Os doentes com TOC tentam, várias vezes, tomar banho para lidar com suas as obsessões. Curiosamente, o mesmo autor afirma que nunca ouviu falar de comandos alucinatórios que pedissem ao doente para tomar um banho, nem delírios relacionados ao banho ou sabão ou da água do banho ser envenenada, no entanto analisando a minha experiência profissional, sei que muitos doentes psicóticos, tendem a recusar-se a tomar banho e ficam muito renitente com esse cuidado. Sabe-se ainda que muitas vezes alguns doentes tendem a tomar banho em perfume e desodorizantes ou a fingir que tomam banho, abrindo a torneira e fechando-se na casa de banho, ou mostrando a toalha molhada, quando na realidade não procederam ao cuidado (Chaturvedi, 2017).

Trzepacz e Baker (2001) referem ainda que o autocuidado vestir, está muitas vezes associado à autoestima, interesse pela vida e motivação ou capacidade da pessoa se apresentar perante as outras de forma adequada. A forma como um doente se apresenta depende muito do contexto em que ele esteja inserido. É expectável que um doente internado se apresente de pijama, por barbear e até despenteado, no entanto não é coerente esta apresentação por exemplo

em contexto de ambulatório, por isso é que um enfermeiro estar dotado da capacidade de perceber as diferenças que cada pessoa e doença pode gerar é importante para avaliar a necessidade de intervenção. É importante o enfermeiro saber que avaliar o doente não só pelo seu comportamento e discurso, mas também pelos cuidados de higiene com que este nos visita, a forma como apresenta a barba, as unhas, o penteado, odor, vestuário e se comporta perante esta temática quando abordada.

um aspeto desleixado ou sujo pode indicar depressão, mania, esquizofrenia ou perturbação mental orgânica (demência ou *delirium*, por exemplo) ou pode ser sinal de que o doente não está interessado em impressionar (...) Uma maquilhagem bizarra muitas vezes indica psicose (*bâton* espalhado por toda a face em vez em vez de só nos lábios, por exemplo). Os doentes minuciosamente arranjados podem ser obsessivo-compulsivos ou narcísicos (embora, como é obvio, o ser minucioso não seja necessariamente patológico). Vestuário que parece incoerente para o sexo do doente pode indicar problemas de identidade sexual ou mesmo psicose. (...) Penteados bizarros podem reflectir psicose e o rapar do cabelo pode preceder outros aspectos autodestrutivos. Manchas amarelas ou acastanhadas, ou mesmo queimaduras dos dedos, provocadas pelo tabaco, são frequentes em doentes mentais crónicos, e dão indicações sobre os hábitos tabágicos e cuidado pessoal. O corpo sujo e as roupas manchadas são por vezes observados em doentes ambulatorios ou num contexto de urgência e geralmente indicam autonegligência (devido a demência ou psicose grave, por exemplo) ou grandes privações (os sem-abrigo, por exemplo).” (Trzepacz e Baker, 2001, p.30)

É por causa de alterações como estas que a importância do cuidado apoiado por enfermeiros torna-se uma necessidade de atuação especializada, pois ao compreendermos as alterações resultantes dos autocuidados e ao adequarmos a nossa prática, todos os doentes e equipa têm a ganhar, seja saúde, funcionamento, aquisição de competências etc.

## **1.2. CONSEQUÊNCIAS PARA A COMUNICAÇÃO, INTERAÇÃO SOCIAL E O ISOLAMENTO**

Quando se fala em autocuidado, é necessário perceber-se que a maioria desta temática está associada à aparência e ao aspeto que transmitimos a terceiros. Trzepacz e Baker (2001) referem que a aparência do doente é normalmente o primeiro elemento que o outro avalia, seja este profissional, doente, familiar ou um simples desconhecido. Na maioria das vezes as pessoas associam este ao estado mental da pessoa, pois é através das impressões e observações que muitas vezes se identifica a existência de problemas e/ou necessidades de intervenção.

Da experiência profissional, diria que o autocuidado comprometido pode trazer várias consequências perante a comunicação com a equipa e os outros doentes, por consequência poderá existir associada uma diminuição da autoestima, que provoca muitas vezes isolamento social por falta de capacidade para estabelecer relações ou por recusa dos outros se darem com

alguém que por recusa em se autocuidar acabar por ter a sua aparência alterada. É frequente também as pessoas que recusam o autocuidado conseguirem expressar os seus desejos, alegando justificações simples como “não quero” sem fundamentação, quando questionados. Muitas vezes estas situações levam a que os desejos sejam ignorados pelos profissionais que acabam por forçar o doente a cumprir esta tarefa, sem respeitar a expressão dos seus desejos. Esta atitude provoca, muitas vezes, um maior isolamento por parte dos doentes, porque não sentiram a sua individualidade respeitada pelos profissionais, tornando por isso mais difícil o estabelecimento de relação entre doente e profissional.

Obviamente que a minha experiência profissional é importante mas não é só isso que deve fundamentar a minha prática e sobre o qual me devo debruçar. Neste sentido verifica-se que na literatura se aborda o autocuidado também como uma dificuldade e preocupação para as famílias de pessoas portadoras de doença mental. Chaturvedi (2017) refere a existência de estudos sobre o que mais angustia os membros da família serem os comportamentos e sintomas relacionados aos cuidados de higiene pessoal e a preocupação pelo banho enquanto medida de limpeza. Esta situação verifica-se segundo o autor devido a estes associarem o banho a um indicador de recuperação, descurando muitas vezes os sintomas psicóticos, entre outros, associados às suas doenças, tornando o processo de comunicação e interação mais difícil entre família e doente. Seria importante assim que os familiares fossem dotados de estratégias que pudessem fazê-los reagir eficazmente às alterações decorrentes, em domicílio, relacionadas ao autocuidado, normalmente ligado à doença do seu familiar.

Tomar ou não banho acaba por ser um processo de angústia que o familiar da pessoa com doença mental relata frequentemente “ele / ela não toma banho há 3 dias...ou muitas semanas ... ou anos” ou “toma banho várias vezes ao dia” ou "toma banho por um período muito curto ou muito longo". Verifica-se assim que para os familiares o banho regular é sinal de recuperação ou normalidade (Chaturvedi, 2017).

Outras complicações associadas a este cuidado estão relacionadas com os recursos humanos e materiais, gerados pelos rácios existentes de profissionais a prestar cuidados e nos recursos materiais disponíveis. Muitas vezes os enfermeiros tendem a ter vários doentes dependentes (mais do que o exetável) ao seu cuidado, o que os impede de apoiar todos aqueles que precisariam de apenas um apoio ou supervisão. Além disso nem sempre existe a roupa necessária para fornecer ao doente para este se cuidar e/ou vestir. Isto obriga os enfermeiros a tornarem-se francamente mais criativos perante os cuidados, mas nem sempre esta criatividade é experienciada positivamente pelos doentes apesar de os profissionais poderem aplicar toda uma capacidade de gestão e organização perante estas condições de trabalho, sem deixarem que

o cuidado fique por se cumprir. Este tipo de situações muitas vezes pode levar os enfermeiros a encarar a tarefa sem qualquer ênfase em relação à intervenção terapêutica, prejudicando a dinâmica existente com o doente, em prol de outras intervenções ou procedimentos que aparentemente exigem maior complexidade técnica e dedicação (Castledine, 2003; Fawcett, 2003, citado por Fonseca, et. al, 2015).

Nesta sequência Fonseca, et. al, 2015, questiona até que ponto, sendo o autocuidado uma forma de se prestarem múltiplos cuidados, que valorizam o enfermeiro e o dotam de conhecimentos específicos sobre cada doente, que lhe permitem diagnosticar necessidades e planejar intervenções adequadas aos mesmos, quando existe uma incapacidade do profissional para prestar este cuidado, que cuidados deve este oferecer? Será que esta função pode e deve apenas ser desempenhada pelos enfermeiros? Que razões levam os profissionais a delegar esta função, sendo esta um cuidado de enfermagem?!

Estas questões a meu ver são pertinentes, levantam problemáticas existentes no dia-a-dia na prática dos enfermeiros perante os doentes e os cuidados prestados aos mesmos e isso faz-me perceber que este cuidado é frequentemente desvalorizado e deixado para se delegar sem se ter noção das complicações que essa delegação pode originar na recuperação do doente mental.

É então necessário começar a olhar-se de outra forma para este cuidado, por forma a minimizar as complicações que possam decorrer das mesmas.

### **1.3.0 AUTOCUIDADO COMO FOCO DE ATENÇÃO DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ESMP**

Quando abordamos um doente perante um autocuidado, é importante avaliarmos individualmente cada momento como uma oportunidade terapêutica, perceber os hábitos dos doentes, tendo sempre em conta a necessidade de privacidade de cada um, os seus timings e sinais associados à doença.

Na dinâmica do autocuidado, é importante abordar e instruir os doentes para os procedimentos, por forma a torná-los cuidados o mais autónomos e conscientes possível.

Quando avaliamos os vários doentes com que lidamos diariamente verificamos um padrão de independência com a maioria dos doentes neuróticos e sem alterações visíveis da compreensão e da perceção da realidade. Perante doentes psicóticos a abordagem, na grande maioria, tem de ser diferente, devido à ausência ou alteração da perceção de realidade que muitos deles apresentam. Encaminhar um doente psicótico para realizar uma higiene na maioria

das vezes é um desafio no autocuidado ao corpo, ainda assim é possível perante uma gestão adequada a cada indivíduo.

A colaboração do doente nos cuidados muitas vezes é alterada pelo processo de mental do mesmo. Por vezes é necessário dar-se banho, noutras consegue-se apenas apoiar ou supervisionar dando um apoio parcial ao mesmo.

É importante perceber então como é que a higiene é encarada também pelos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros. Fonseca et. Al (2015) apresenta a figura 1 como uma forma de compreender esta temática à luz dos profissionais de saúde.

Através da análise deste gráfico percebe-se que é através de um processo de reabilitação que os doentes têm a hipótese de recuperar habilidades perdidas ou

desenvolver algumas que lhes permitam ultrapassar as suas incapacidades de modo a poderem viver em sociedade com a maior autonomia possível. Este processo favorece assim a assistência no desempenho e aquisição de competências sociais, de lazer e profissionais bem como capacidades básicas de vida como gestão da alimentação, adesão ao tratamento e higiene pessoal. Além do já referido tende também a estimular a valorização pessoal e autoestima da pessoa assim como a relação interpessoal fundamental para manter o bem-estar físico e mental (Fonseca et. al, 2015).

Percebemos que o cuidado ao corpo é assim uma intervenção que permite o desenvolvimento de um momento no qual o doente pode ser integrado nos cuidados ou ser recetor dos mesmos. Alguns autores referem que quando o doente é integrado no cuidado, adquire um sentimento de pertença em relação à sua participação e compreende a papel do enfermeiro na sua participação, passando este a ser um momento de partilha, intervenção e contato entre ambos (Collière, 1989; Henderson, 2007) no qual se estabelece uma comunicação e se podem avaliar e interpretar alterações corporais, expressivas e comportamentais, por forma

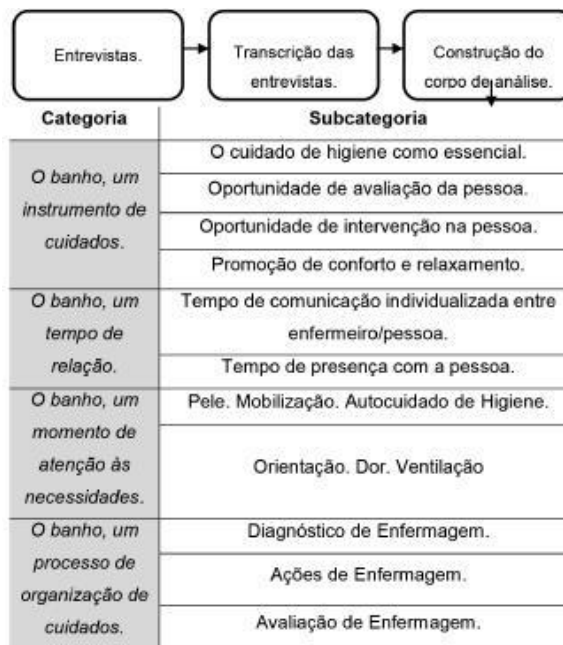


Figura 1. Diagrama de análise dos dados: significado atribuído aos cuidados de higiene - banho.

a se poder adequar o cuidado tendo em conta também as suas capacidades cognitivas e afetivas do mesmo (Martins, 2009 citado por Fonseca, et. al, 2015).

O autocuidado é uma abordagem importante para a gestão de condições de saúde a longo prazo e na prevenção de problemas de saúde estimulando a adoção de um estilo de vida saudável por parte de pessoas, famílias e comunidades conforme defende a OMS. Este assunto ainda assim apresenta-se limitado quando associado à saúde mental, mas sabe-se que estas atividades devem ser desenvolvidas com conhecimentos e habilidades adquiridas com a experiência profissional ou pela repetição individual estabelecida após o doente receber orientações profissionais. Esta orientação tem permitido à maioria dos intervenientes, sentirem-se mais confiantes com o desempenho do autocuidado. O mesmo estudo descreve que alguns doentes referem não terem sido incentivados a desempenhar o autocuidado pelos profissionais. Esta descrição leva-nos a perceber as diferenças entre o desejo das pessoas para o autocuidado em relação ao cuidado prestado pelos profissionais. É necessário, portanto não só compreendermos o autocuidado como os serviços e profissionais que apoiam o cuidado (Lucock et. al, 2011).

É ainda importante referir que muitas vezes os doentes sentem-se constrangidos e/ou limitados por o cuidado do banho ser dado por profissionais de um género sexual igual ou contrário (homens novos, tendem em rejeitar receber cuidados de profissionais homens, mulheres mais velhas tendem a demonstrar vergonha com profissionais homens que cuidem delas, alguns doentes homens preferem ser cuidados por homens em vez de mulheres etc.). Esta dinâmica por vezes dificulta a prestação de cuidados. No entanto se pudéssemos atender a estas necessidades, o processo tornar-se-ia francamente mais facilitador, pois segundo Freud, citado por Chaturvedi (2017) esta é uma dinâmica comportamental baseada em fundamentos psicosexuais. O autor aconselha assim a adoção de terapeutas de banho, como uma medida de intervenção, em resposta à falta de biblioterapia sobre psicopatologia associada a esta temática na saúde mental. É preciso então os enfermeiros que trabalham em serviços de saúde mental comecem a considerar que a intervenção deve ser focada e quem sabe até especializada nesta temática. Perceber que esta atividade pode servir de incentivo para se ter em conta as capacidades do doente e estimulá-lo, evitando comentários depreciativos ou coerção na toma do banho, pode levar à dificuldade de expressão emocional e até ter um impacto negativo sobre o mesmo e a doença e respetiva recuperação (Chaturvedi, 2017).

Procura-se, constantemente, devido a situações como esta evitar que os hospitais sejam vistos como lugares frios e carenciados de humanismo, no entanto para isso acontecer é essencial repensar-se na forma como se desempenham tarefas “simples” como o autocuidado – higiene e vestuário e atribuir-lhe o humanismo e especificidade que merece, não só pela técnica

desenvolvida em si como pelos múltiplos cuidados que deste podem surgir, no intuito de se cuidar da pessoa individualmente tendo sempre em conta as suas necessidades.

Seria desejável que no sentido de atender a estas necessidades fossem realizados outros estudos sobre esta temática, desde a formação académica dos cuidados de higiene, às possíveis diferenças e/ou vantagens da ação realizada pelos enfermeiros, às questões éticas que o cuidado exige perante uma pessoa exposta e nua, que incita uma conduta profissional e ética capaz de se desenvolver pelos profissionais que desempenham este cuidado.

Atualmente, numa componente especializada, acredito que esta tarefa tem de ser vista, pelo enfermeiro, como uma oportunidade de comunicar e estabelecer uma ligação com o doente, onde as suas necessidades possam ser detetadas e apoiadas e estimulada a sua participação ativa nos mesmos (Fonseca et al, 2015). Desta forma o enfermeiro especialista enquanto presta este cuidado poderá desempenhar intervenções especializadas como as que estão previstas pelas competências do EEESMP pela OE (2018, p.39), “Executar Aconselhamento”, “Executar Apoio Emocional”, “Executar Estimulação Cognitiva”, “Executar Intervenção de Reabilitação Psicossocial”, “Executar Intervenção Psicoeducativa”, “Executar Modificação de Comportamento”, “Executar Orientação para a Realidade”, “Executar Reestruturação Cognitiva”, “Executar Relação de Ajuda”, “Treinar Técnica de Autocontrolo”, “Executar Técnica de Resolução de Problemas”; “Treinar Competências Sociais”.

#### **1.4. ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO COM A PESSOA COM DOENÇA MENTAL**

Não havendo muito bibliografia que sustente esta temática, abordarei estratégias que considero essenciais para o desempenho das minhas funções enquanto futura enfermeira especialista em saúde mental.

No seguimento das já intervenções especializadas referidas no sub-capítulo anterior que podem ser desenvolvidas com os doentes, creio ser importante referir que o treino de competências é essencial desde que tenha em conta a individualidade do doente e o conhecimento dos hábitos e competências do mesmo e as particularidades que caracterizam a sua doença, mesmo com todas as alterações que possam advir da mesma.

Fonseca et. al (2015) refere que todos temos o dever de ensinar e ajudar, mas sem ser agressivamente ou sem emitir juízos de valor. Frequentemente se chama a atenção dos doentes para serem os principais responsáveis pelo seu autocuidado e pela responsabilidade de ajudar

quem está ao seu lado, tendo por base que “saber estar com o outro e o ajudar” é um dos aspetos básicos para viver em sociedade.

Para o desenvolvimento deste tipo de relações terapêuticas existem estratégias essenciais para o seu desenvolvimento que segundo Townsend (2011) se baseiam no *Rapport*, como processo de partilha de sentimentos que envolvem a aceitação, simpatia, calor, sentimentos de confiança, atitude não-crítica, interesses em comum entre enfermeiro e doente. Este ambiente é muitas vezes atingido ao se falar sobre temas não relacionados com a saúde. Outra ferramenta fundamental é o desenvolvimento da **confiança**. Quando desenvolvida o doente tende em partilhar as suas necessidades com o profissional com base no sentimento de bem-estar perto do mesmo e da fiabilidade e integridade que este lhe demonstra. Muitas vezes a confiança depende de um processo moroso, que requer paciência e tempo do enfermeiro até ver concretizada a sua aquisição. A credibilidade transmitida através das intervenções de enfermagem especializada transmitem calor e preocupação com o doente, em atividades simples como o cuidado de higiene, que abordam as necessidades básicas do mesmo de segurança e proteção fisiológica e psicológica. Portanto para um melhor desenvolvimento das intervenções especializadas, eu devo ser capaz de estabelecer e aperfeiçoar com o doente o desenvolvimento da relação de confiança, com o mesmo.

Outro aspeto a ter em conta é o **respeito**, acreditando que cada doente tem dignidade e valor independentemente do seu comportamento e por isso deve ser respeitado enquanto ser único. Muitas vezes verifica-se falta de respeito dos próprios doentes por eles mesmos, pelas experiências que tiveram no passado. A aceitação e respeito permitem aos doentes se reconhecerem enquanto seres capazes e dotá-los de capacidades e autoconfiança.

A **autenticidade** é também importante para que junto da honestidade e abertura do enfermeiro para dizer a verdade, se possa criar uma relação com o doente na qual o enfermeiro consiga perceber o que o mesmo está a viver internamente e expressá-lo na relação, com mais do que respostas profissionais e/ou entrevistas dirigidas. Com este tipo de relação o doente tende em se libertar por forma a aceitar as alterações da doença e a crescer com a relação estabelecida com os profissionais de saúde, neste caso, em especial com o enfermeiro.

A **empatia** é uma capacidade que deve ser desenvolvida também na relação com o outro pois esta permite ver para além do comportamento exterior e perceber o ponto de vista do doente, os sentimentos e pensamentos e a sua relevância no dia-a-dia para a recuperação mental. O papel do enfermeiro ao criar empatia é incentivar o doente a explorar os seus sentimentos e pensamentos com vista a melhoria do comportamento adotado diariamente e a resolução de problemas.

Lucock et. al (2011) aborda e incide o seu estudo em relação à saúde mental, incluindo variadas intervenções psicológicas que têm sido fundamentadas com várias pesquisas realizadas. Algumas das questões centrais que este relaciona com o autocuidado são a autonomia e a responsabilidade, que sendo diferentes, por vezes geram alterações no autocuidado. O autor aborda ainda características comuns que devem ser tidas em conta nesta intervenção, como capacitar, incentivar uma abordagem de colaboração para entender e lidar com os problemas e o desenvolvimento de estratégias de gestão e auto-gestão, em relação ao comportamento cognitivo de cada doente. Este deverá ser então o foco da intervenção e com estes devem ser geradas relações, recíprocas, com apoio no autocuidado, comportamentos, estratégias, bem-estar e funcionalidade.

A recuperação é assim um processo fundamental para o bem-estar e funcionamento do doente. Escolher e controlar são processos essenciais para determinar o tipo e nível de suporte que é necessário a cada doente para que a intervenção seja eficaz. Ter conhecimento dos comportamentos a adotar no autocuidado, nas estratégias, na auto-eficácia que se pode desenvolver com vista os seus objetivos e nas capacidades identificadas, determina normalmente os comportamentos que o doente adota perante o autocuidado. Naturalmente os comportamentos adotados por cada doente serão diferentes, podendo, por vezes, ser complexos apesar da dinâmica criada e das relações mútuas estabelecidas com todos eles. O autor refere ainda que a envolvimento de cada doente, varia com o tempo, dependendo da condição física e mental, crenças, valores e atitudes associados ao autocuidado e motivação. É importante assim dar valor à escolha pessoal para que o doente sinta que tem algum controle sobre o processo do autocuidado e respetivo apoio prestado pela equipa (Lucock et. al, 2011).

Lucock et. al (2011) defende ainda que para se compreender o autocuidado perante a saúde mental, é necessário considerarem-se as experiências dos doentes. Seria evidente que isso seria realizado em relação ao autocuidado, mas sabemos perfeitamente ao trabalharmos na área que muitas vezes alteramos os hábitos dos doentes (tomar banho a cada 2 dias ou ao fim do dia) com o objetivo de estes cumprirem as regras aplicadas nos serviços normalmente de banho diário e de manhã. É por isso necessário segundo o autor, criar-se uma base de evidências nos serviços de saúde mental que permitam a gestão de serviços por experiências e aptidões e sejam incentivadas formações na equipa multidisciplinar. Exemplos que descrevem esta evidência são os de O'Hagan (2001) que incentivou, na Nova Zelândia, os profissionais de saúde mental ao desenvolvimento de competências de recuperação, e o British Medical Association (2007) que também reconheceu a necessidade de educação para facilitar o autocuidado na área da saúde.

O mesmo autor verifica que existem problemas de compreensão associados ao autocuidado na saúde mental e por isso é necessária intervenção. É importante segundo o autor então fazer-se uma revisão da eficácia das intervenções e tornar o processo mais fácil de se compreender e aplicar. Assim, para além da necessidade de clareza com o doente do que é o autocuidado em relação à saúde mental (psicoeducação), é necessário realizar-se informações aos serviços sobre a necessidade de se elucidarem sobre a temática, pois estas questões e desafios específicos merecem ser aprofundados por todos os profissionais que trabalham e desempenham estas funções.

First, there is the difficulty of developing services that strike the right balance between providing care, support and treatment for the individual when required and the autonomy of the individual. There are concerns that self-care approaches may on the one hand deny the level of disability caused by mental illness, leaving individuals unsupported (Roberts & Hollins 2007), or that they will be taken over by professionals and lose the user-centred focus, on the other (Davidson et al. 2006) citado por (Lucock et. al, 2011).

Verifica-se assim a importância de permitir aos doentes encontrar as atividades e estratégias adequadas ao autocuidado e às suas necessidades, capacidades e interesses invés de as mesmas serem impostas. Os enfermeiros e restantes profissionais de saúde que apoiam no autocuidado devem assim abrir mão de um controlo parcial desta atividade e permitir-se trabalhar em conjunto com o doente com intuito de o capacitar das decisões e cuidado (Roberts e Hollins, 2007) citado por (Lucock et. al, 2011). É possível que este tipo de apoio partilhado sobre o autocuidado não tenha os melhores resultados, mas ignorar as necessidades e autonomia do doente ou por outro lado, fornecer pouco suporte, sobre estas tarefas, torna mais difícil a sua recuperação (Lucock et. al, 2011).

Lucock et. al (2011) alega assim que para se implementar uma nova forma de autocuidado, o papel dos profissionais devia ser reorganizado desde a direção até às parcerias (Morgan 2000, Laugh-arne & Priebe 2006, Schauer et al. 2007). Neste processo é então necessário clarificar e orientar os profissionais e doentes sobre o que devem esperar deste novo modelo de intervenção e papel, assegurando sempre que se estabelecem limites e expectativas, como uma condição essencial para o autocuidado progredir. Alguns autores referem ainda que o apoio ao autocuidado requer cooperação e colaboração entre os diferentes profissionais e organizações de saúde, assistência social e setores voluntários (Ferlie et al. 2005, Currie et al. 2009).

Finalizando assim este subcapítulo sobre as estratégias a adotar para a promoção do autocuidado, terei como objetivo na minha prática de transmitir ao doente a importância de participar no autocuidado de modo a manter ou adquirir capacidades que lhe permitam uma boa recuperação e futura integração social, pretendo transmitir-lhes informação básica sobre os

principais cuidados de higiene e atividades da vida diária, salientando a enorme importância de adesão em prol de um processo reabilitativo e reflexivo individual; apoiar o doente em todas as etapas do autocuidado corporal e oral e no processo de se vestir e/ou alimentar-se e tomar a medicação, bem como dotá-lo de consciência da importância do vestuário limpo para um adequado conforto mental e físico; dotar os doentes de serem capazes de identificar e desempenhar os cuidados de higiene básicos; que percebam a necessidade da frequência dos cuidados de higiene e da alteração do padrão de cuidado quando este difere entre o internamento e o seu domicílio. Desta forma tenho esperança que consiga, através da criação de um ambiente de segurança, valorizar a autonomia e processo de interação com o doente como um processo de recuperação na adoção de medidas de autocuidado eficazes.

## CAPÍTULO II: CONCLUSÃO

No sentido de ir ao encontro da proposta realizada pelos meus orientadores, deparo-me sobre a dificuldade de fundamentar esta temática. Ainda assim, consegue-se apurar na literatura que os cuidados de higiene são descritos como uma intervenção para manter o doente limpo. No entanto não deve ser só este o objetivo de intervenção de um profissional, principalmente um especializado quando desempenha esta intervenção. Este é um processo no qual é permitido o desenvolvimento de escuta ativa, comunicação, presença, partilha de saberes e interação entre enfermeiro/ pessoa, pois visa a promover o conforto e relaxamento do doente com quem se interage. Pode-se então dizer que estes servem de instrumento de intervenção terapêutica, no qual podemos criar oportunidades de avaliar e intervir com o doente, tendo em conta as suas necessidades e problemas identificados.

Esta pesquisa permitiu-me entender que em relação à SM, o autocuidado é um termo pouco utilizado e estudado. Verifica-se, uma associação dos termos de auto-gestão, auto-ajuda e recuperação, por forma a estabelecer-se um apoio adequado destacando a complexidade da ação garantindo sempre o nível e tipo de suporte realizado em qualquer instante (Lucock et. al, 2011).

Neste sentido e apesar de já ter realizado várias recomendações ao longo do trabalho, é importante concluir que só fazendo mais pesquisas sobre os serviços e opiniões dos doentes sobre as principais necessidades do autocuidado, que permitam descobrir os desafios e as barreiras existentes no processo ou as atitudes facilitadoras para o autocuidado eficaz não só para os doentes mas também para os serviços de saúde mental e organizações. Desta forma, poder-se-ia avaliar o impacto do apoio no autocuidado em relação ao bem-estar, qualidade de vida e funcionamento do doente, por forma a podermos, enquanto enfermeiros especialistas, atuar consciente e fundamentadamente com os doentes (Lucock et. al, 2011).

Penso que ao desenvolver este trabalho consegui ver adquiridos em mim conhecimentos que antes não via expandidos e isso permitiu-me atuar com os doentes, de forma diferenciada, com vista ao seu treino de competências, apoiado, à sua consciencialização e recuperação da maior autonomia e compreensão das limitações que por vezes a doença provoca impedindo que os mesmos, por vezes, sejam capazes de desenvolver autonomamente esta tarefa.

Desta forma, creio que me permiti desenvolver todas as competências comuns (*“responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais”*) e específicas (*“detém um elevado (...) desenvolvimento pessoal e profissional; assiste a pessoa ao longo do ciclo de*

*vida(...); ajuda a pessoa (...)a recuperar a saúde mental; prestar cuidados(...)de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”*) do enfermeiro especialista em saúde mental.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª Ed.). Lisboa: Climepsi.
- APA. (2016). Guia Orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações. *Normas APA e ISSO (NP 405)*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Casey, P., & Kelly, B. (2007). *Fish - Psicopatologia Clínica*. Lisboa: Libri-Faber, Serviços Editoriais.
- Chaturvedi, S. K. (9 de Novembro de 2017). Take a Bath' in Mental Health Rehabilitation: The Hidden Psychobathology. *J. Psychosoc. Rehabil. Ment. Health*, pp. 133–134.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Centro de Documentação e Bibliotecas (2018). Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações – Normas APA. Lisboa.
- Fonseca, E. F., Penaforte, M. H., & Martins, M. M. (abr./mai./jun. de 2015). Cuidados de higiene – banho: significados e perspetivas dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 37-45. doi:<http://dx.doi.org/10.12707/RIV14066>
- Lucock, M., Gillard, S., Adams, K., Simons, L., White, R., & Edwards, C. (2011). Self-care in mental health services: a narrative review. *Health and Social Care in the Community*, pp. 602–616. doi:[doi:10.1111/j.1365-2524.2011.01014.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.01014.x)
- OE. (18-02-2011). Regulamento n°129/2011 de 18 de fevereiro - Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental. *Diário da República 2ª Série, n°35*, 8669-8673.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Padrão de documentação de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica . 1-47.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: conceitos de cuidado na prática baseada na evidência* (6ª Ed.). Loures: Lusociências – Edições Técnicas e Científicas Lda.
- Travers, C. (3 de outubro de 2018). *Entenda a diferença entre a doença de Alzheimer e a demência*. Obtido de Huffpost: [https://www.huffpostbrasil.com/entry/entenda-a-diferenca-entre-doenca-de-alzheimer-e-a-demencia\\_br\\_5c33ae12e4b04c1cccfd9813?guce\\_referrer=aHR0cHM6Ly93d3cuZ29vZ2xILnB0Lw&guce\\_referrer\\_sig=AQAAACEyVEHbG-xCYngml8IHjSnyIC7daa2PUWkxwOoREdD1kSR0wCstOxjHqbnq0BNS](https://www.huffpostbrasil.com/entry/entenda-a-diferenca-entre-doenca-de-alzheimer-e-a-demencia_br_5c33ae12e4b04c1cccfd9813?guce_referrer=aHR0cHM6Ly93d3cuZ29vZ2xILnB0Lw&guce_referrer_sig=AQAAACEyVEHbG-xCYngml8IHjSnyIC7daa2PUWkxwOoREdD1kSR0wCstOxjHqbnq0BNS)

Trzepacz, P. T., & Baker, R. W. (2001). *Exame psiquiátrico do estado mental*. Lisboa: Climepsi Editores.

**Apêndice IX: Pedido de autorização para a aplicação de  
Instrumentos em Projeto de Especialidade**

**Exma. Sra. Enf.<sup>a</sup> Coordenadora da UCC**

Eu, Daniela Filipa Cortez Ribeiro Ferreira Caridade, mestranda do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), encontro-me a desenvolver na UCC o projeto “Sobrecarga do cuidador informal: intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica”, orientado pelo Prof. Dr. Joaquim Lopes (ESEL) e pelo Enfermeiro Especialista [REDACTED] (ACES [REDACTED]).

Com o objetivo de identificar as intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica que mais podem contribuir para o alívio da sobrecarga dos cuidadores informais acompanhados pela equipa da ECCI, venho por este meio solicitar autorização para a utilização no meu estudo, dos seguintes instrumentos: Guião de Colheita de Dados Sócio-Demográficos e Escala de Zarit. Mais informo que a informação recolhida nestes instrumentos é já comumente colhida pela equipa de enfermagem da ECCI, fazendo parte integrante do SClínico®.

Em anexo junto os referidos instrumentos, bem como o modelo de Consentimento Informado a ser utilizado.

Na expectativa de uma melhor e mais breve resposta,  
com os melhores cumprimentos,

Daniela Cortez Caridade

Pedido de autorização para a utilização de instrumentos em projeto de especialidade > Enfermagem/Especialização SMP x

**Daniela Caridade** <danielacortezcaridade@gmail.com> 13/10/2019, 14:59

para ucc [REDACTED]@coord

Bom dia Sra. En.<sup>a</sup> Coordenadora [REDACTED]  
Segue em anexo o meu pedido de autorização e respetivos anexos sujeitos a aprovação.  
Grata pelo tempo despendido,  
Cumprimentos,  
En.<sup>a</sup> Daniela Cortez Caridade

4 anexos

**UCC [REDACTED] - Coordenação | ACES [REDACTED]** <[REDACTED]@arslvt.min-saude.pt> 19/12/2019, 16:18

para mim

Boa tarde,  
não tenho nada a opôr, relativamente ao solicitado

Com os melhores cumprimentos  
[REDACTED]  
Coordenadora UCC [REDACTED]

**ANEXOS**

**Anexo I: Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit**

# ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR

(Sequeira, 2007)

Leia atentamente cada uma das afirmações e indique de que modo se aplicam no seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

Nº	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					

15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral, sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

Score: \_\_\_\_\_ Sobrecarga: \_\_\_\_\_

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma:

- Nunca = 1
- Quase nunca = 2
- Às vezes = 3
- Muitas vezes = 4
- Quase sempre = 5

Na versão utilizada (1 a 5), obtém-se um score global que varia entre 22 e 110, em que, um maior score corresponde a uma maior perceção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- Inferior a 46 = Sem sobrecarga;
- Entre 46 e 56 = Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

**Data da colheita de dados:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Iniciais do cuidador:** \_\_\_\_\_

## **Anexo II: Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton**

# ESCALA DE AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE DE HAMILTON

(Hamilton, 1959 – Traduzido e adaptado por Glória Toletti, 2007)

**Instruções:** Esta lista de verificação é para auxiliar o clínico na avaliação de cada utente de acordo com o seu grau de ansiedade e condição patológica. Preencha com o grau apropriado, no quadrado correspondente ao lado de cada item, na coluna da direita.

Para cada sintoma, o clínico determina o score apropriado:

Ausente (0)

Um pouco (1)

Moderado (2)

Frequentes (3)

Extremamente frequentes (4)

Nº	Sintomas	Comportamento	Score
1	Humor ansioso	Preocupações, previsão do piorio, antecipação temerosa, irritabilidade, etc.	
2	Tensões	Sensações de tensão, fadiga, reação de sobressalto, comove-se facilmente, tremores, incapacidade para relaxar e agitação.	
3	Medos	De escuro, de estranhos, de ficar sozinho, de animais, de trânsito, de multidões, etc. (avaliar qualquer um por intensidade e frequência de exposição).	
4	Insónia	Dificuldade em adormecer, sono interrompido, insatisfeito e fadiga ao despertar, sonhos penosos, pesadelos, terrores noturnos, etc.	
5	Disfunção intelectual	Dificuldade de concentração, falhas de memória, etc.	
6	Humor depressivo	Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, depressão, despertar precoce, oscilações do humor, etc.	
7	Somatizações motoras	Dores musculares, rigidez, contrações espásticas, contrações involuntárias, ranger os dentes, voz insegura, etc.	
8	Somatizações sensoriais	Ondas de calor ou frio, sensações de fraqueza, visão turva, sensação de picadas, formigueiro, câimbras, dormências, sensações auditivas de tininhos, zumbidos, etc.	
9	Sintomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitações, dores torácicas, sensação de desmaio, sensação de extrassístoles, latejamento dos vasos sanguíneos, vertigens, batimentos irregulares, etc.	
10	Sintomas respiratórios	Sensação de opressão ou constrição no tórax, sensações de sufocamento ou asfixia, suspiros, dispneia, etc.	

11	Sintomas gastrointestinais	Deglutição difícil, aerofagia, dispepsia, dores abdominais, azia, dor pré ou pós-prandial, sensações de vazio gástrico, náuseas, vômitos, diarreia, obstipação, pirose, etc.	
12	Sintomas genito-urinários	Urgência urinária, amenorreia, frigidez, ereção incompleta, ejaculação precoce, impotência, diminuição da libido, etc.	
13	Sintomas neurovegetativos	Boca seca, rubor, palidez, tendência a sudorese, mãos molhadas, inquietação, tensão, dor de cabeça, pelos eriçados, tonturas, etc.	
14	Comportamento na Entrevista	Tenso, pouco à vontade, inquieto, agitação das mãos, face tensa, engolir seco, eructar, dilatação das pupilas, sudorese, palidez, etc.	
		<b>Score Total:</b>	

O score de ansiedade da pessoa, determina o grau de ansiedade da mesma:

- Inferior a 12 indica ansiedade normal;
- Superior a 12 e inferior a 18 caracteriza uma reação patológica ligeira;
- Superior a 18 e inferior a 25 corresponde a uma ansiedade patológica moderada;
- Superior a 25 revela uma ansiedade patológica grave.

Normalmente, acima de 20, o funcionamento da pessoa está perturbado, podendo-se sugerir a prescrição de ansiolíticos, devidamente prescrito pelo médico.

**Data da colheita de dados:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Iniciais do cuidador:** \_\_\_\_\_