



Paula Alexandra Ribeiro
Vasques

**Intervenções de
enfermagem à pessoa
com cancro da próstata a
realizar hormonoterapia
em hospital de dia**

Relatório do Trabalho de Projecto para
candidatura ao grau de Mestre em
Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiatria

Setembro de 2014



Paula Alexandra Ribeiro
Vasques

**Intervenções de
enfermagem à pessoa com
cancro da próstata a
realizar hormonoterapia
em hospital de dia**

Relatório do Trabalho de Projecto para
candidatura ao grau de Mestre em
Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiatria sob orientação do Professor Lino
Ramos Professor Lino Ramos

Setembro de 2014

“No meio de qualquer dificuldade encontra-se a oportunidade”

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

Os agradecimentos são sempre pobres pela dificuldade que tenho em descrever sentimentos... Porque não consigo descrever o amor, alegria e gratidão que sinto...

- Ao professor Lino Ramos pela orientação deste projeto,
- Aos enfermeiros e clientes dos serviços onde realizei estágio,
- Aos meus pais e irmã que estiveram sempre quando precisei,
- Ao meu marido, amigo e companheiro que manteve a harmonia em casa...
- Aos amores da minha vida... os meus filhos

SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

Enf. – Enfermeiro(a)

EESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESS – Escola Superior de Saúde

HD – Hospital de Dia

OE – Ordem de Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

PNS – Plano Nacional de Saúde

SWOT - *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*

FMEA - Failure Mode and Effects Analysis

UFU – Unidade Funcional de Urologia

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1.1. A PESSOA COM CANCRO DA PRÓSTATA A REALIZAR HORMONOTERAPIA	14
1.2. A SEXUALIDADE NA PESSOA COM CANCRO DA PROSTATA A REALIZAR HORMONOTERAPIA	22
1.3. CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM CANCRO DA PRÓSTATA EM HD SEGUNDO O MEDELO CONCEPTUAL DE HILDGARD PEPLAU	26
1.4. INTERVENÇÕES FAMILIARES	32
1.5. INTERVENÇÕES PSICOEDUCATIVAS	39
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS)	42
2.1. PROBLEMÁTICA	43
2.2. QUESTÕES DE PARTIDA	46
2.3. OBJETIVOS DO PIS	47
2.4. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	47
2.4.1. Colheita de dados	48
2.4.2. Análise dos dados	53
2.4.3. Diagnósticos de Enfermagem	56
2.5. PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO	60
2.6. EXECUÇÃO DA INTERVENÇÃO	66
2.7. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	72
3. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMEGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA	80
4. CONCLUSÃO	95

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
APÊNDICES	105
APÊNDICE I – Artigo do PIS	106
ÍNDICE DE FIGURAS	
Figura 1 –Experiências Psicobiológicas	28
Figura 2 – Fases do relacionamento interpessoais entre o enfermeiro e o cliente	29
ÍNDICE DE QUADROS	
Quadro 1- Relações das fases de Peplau e o processo de enfermagem	32
Quadro 2 – Observação dos cuidados de enfermagem no HD	49
Quadro 3 – Alterações sugeridas pelas enfermeiras do HD	68

RESUMO

A experiência de cancro da próstata é um acontecimento de relevante risco de vida e severidade de sintomas que alteram a vida das pessoas. O tipo de tratamento instituído origina, normalmente, efeitos adversos. A hormonoterapia, por exemplo, pode provocar alterações como a ginecomastia, atrofia fálica, perda de libido e disfunção erétil. Isto provoca uma sobrecarga emocional que pode desencadear prejuízos psicossociais.

Neste sentido, o projeto de intervenção em serviço (PIS) teve como população alvo um grupo de pessoas com cancro da próstata, que iniciaram o tratamento hormonal num Hospital de Dia (HD) de Urologia localizado num Centro Hospitalar da região Sul de Portugal. Utilizou-se uma metodologia de projeto que comporta várias etapas.

Na etapa de diagnóstico identificaram-se as necessidades em cuidados de enfermagem de um grupo de pessoas com cancro da próstata que iniciaram tratamento hormonal. Na etapa de planeamento delinear-se as intervenções considerando uma abordagem psicoeducativa em grupo. Na etapa de execução descreveram-se as intervenções psicoeducacionais que decorreram no contexto da consulta de enfermagem do HD. Na etapa de avaliação avaliou-se todo o processo decorrido e os ganhos em saúde para a população alvo. Para a etapa de divulgação elaborou-se um artigo relativo ao PIS implementado.

O projeto de intervenção foi suportado pela «Teoria das Relações Interpessoais» de Hildegard Peplau, que valoriza a relação terapêutica entre um cliente e o enfermeiro formado para reconhecer e responder às suas necessidades, recorrendo à própria aprendizagem que o cliente adquire no decorrer da doença com a ajuda do enfermeiro.

O projeto permitiu compreender as necessidades mais afetadas da população alvo, contribuindo para a promoção da saúde mental e prevenção da doença mental, refletindo-se na qualidade e na gestão dos cuidados.

Palavras-chave: Enfermagem saúde Mental, Doença oncológica, Cancro da próstata, Necessidades, intervenção em grupo, Metodologia de Projeto.

ABSTRACT

The experience of prostate cancer is an event with relevant threat to life and severe symptoms that changes the lives of people. The type of treatment applied usually has adverse effects. For instance, the hormone therapy may cause changes such as gynecomastia, phallic atrophy, loss of libido and erectile dysfunction. This causes an emotional overload that may trigger psychosocial losses.

Therefore, the intervention project in service (PIS) had as target population a group of people with prostate cancer, which had started hormone treatment in a Day Hospital (HD) of Urology located in a Hospital Center of the south region of Portugal. It was applied a project methodology that involves several stages.

In the diagnostic phase, we identified the needs for nursing care of a group of people with prostate cancer, which had initiated hormone treatment. During the planning phase, we delimited the interventions considering a psychoeducational approach as a group. In the execution phase, we described the psychoeducational interventions that took place in the context of the nursing appointment at the HD. In the evaluation phase, we evaluated the whole process and the health gains for the target population. For the divulgation phase, we wrote an article on the implemented PIS.

The intervention project was supported by the Hildegard Peplau's "Theory of Interpersonal Relations", which values the therapeutic relationship between a client and a nurse who is trained to recognize and respond to their needs, and also relies on the knowledge that the client acquires in the course of the disease with the help of the nurse.

The project allowed us to understand the main needs of the target population, while contributing to the promotion of mental health and prevention of mental illness, reflected in the quality and care management.

Keywords: Mental Health Nursing, oncological disease, prostate cancer, needs, intervention group, project methodology.

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito do II Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, foi desenvolvido a partir da realização de um projeto de intervenção em Serviço (PIS), que decorreu em contexto de estágio no Hospital de Dia de Urologia de um Centro Hospitalar da região sul do país.

Foram efetuados no total três estágios. No estágio I foi realizado o diagnóstico da situação. Os estágios II e III reportaram-se ao planeamento, execução e avaliação do projeto de intervenção. Nesta fase, houve necessidade de integrar uma experiência num serviço de Psiquiatria no sentido de adquirir competências para a adequação de respostas às necessidades da pessoa e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental.

Neste projeto de intervenção utilizou-se a Metodologia de Projeto por se adequar à resolução de problemas reais que necessitem de implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução, sendo uma metodologia promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência.

A nossa experiência profissional anterior possibilitou, ao longo dos anos, assistir ao aumento de focos de enfermagem em saúde mental. O sentimento de uma certa impotência e desconhecimento para lidar com os problemas das pessoas, mais concretamente, em situações de sofrimento por doença oncológica e dar resposta às suas necessidades determinou a escolha pela especialidade de Enfermagem em saúde Mental. Essa análise subjetiva do aumento de focos de enfermagem relacionados com a saúde mental é confirmada por dados científicos. Segundo o Livro Verde (UE, 2005) a doença mental atinge um em cada quatro cidadãos, podendo conduzir ao suicídio. O Relatório Mundial da Saúde de 2001 referencia que a depressão grave é, nos dias de hoje, a principal causa de incapacidade em todo o mundo e de entre as dez principais causas de patologia, a nível mundial, ocupa a quarta posição. E a tendência é para crescer estimando-

se que a depressão será a segunda causa de anos de vida ajustados para incapacidade perdidos em 2020, representando 5,7%.

Em Portugal diagnosticam-se entre 40 a 45 mil novos casos de cancro anualmente. O risco de um indivíduo desenvolver um cancro durante a vida é de cerca 50% e a de este ser a causa de morte é de 25%. Comparativamente com a União Europeia a mortalidade por cancro no nosso país aumenta mais de 6% por ano, sendo o país que se encontra em pior situação (Pimentel, 2006).

A doença oncológica é a principal causa de morte antes dos 70 anos de idade (isto é, a principal causa de morte prematura) e, no conjunto das causas de mortalidade em todas as idades, ocupa o segundo lugar depois das doenças cérebro-cardiovasculares. (DGS, 2012)

A *Internacional Agency for Research on Cancer* da OMS menciona que em 2012, o cancro com mais incidência na população portuguesa do sexo masculino é o cancro da próstata e é aquele com a quarta taxa de mortalidade mais elevada.

Para Trancas *et al.* (2010) a ameaça sobre a existência faz com que se acompanhe frequentemente de perturbações emocionais, incluindo depressão clínica. Embora a sua determinação não esteja isenta de problemas metodológicos, esta pode afetar até 50% dos doentes, causando intenso sofrimento pessoal.

A solicitação de um projeto de intervenção, foi vista como uma possibilidade de associar as duas áreas para compreender melhor as situações vivenciadas pelas pessoas com doença oncológica e ajuda-las a tornarem-se proactivas na consecução do seu processo de saúde, a escolha recaiu sobre pessoas com cancro da próstata em tratamento hormonal em Hospital de Dia.

A experiência que os homens com cancro da próstata passam é um acontecimento de vida que requer uma adaptação da pessoa e da família. A nível individual não existe nenhuma dimensão da vivência que não seja afetada. O tratamento deste cancro é variado (Cirurgia, Radioterapia, Braquiterapia, Hormonoterapia) e pode ter algumas complicações que podem ocorrer por conta dos tratamentos instituídos. O Homem que realize hormonoterapia pode ter alterações como a ginecomastia, afrontamentos, atrofia fállica, perda de libido e

disfunção erétil. Isto provoca uma sobrecarga emocional e social que pode desencadear mudanças drásticas de papéis, alterações de atitudes e de comportamentos para enfrentar os problemas e de adaptação a essas mudanças.

A realidade destas pessoas é pouco conhecida na nossa sociedade incluindo os profissionais de saúde. A dor psicológica da pessoa, por implicar a abordagem da sexualidade, muitas vezes não é monitorizada ou valorizada, o sofrimento é vivido no silêncio. Muitos homens sentem-se isolados e impossibilitados de partilhar os seus medos e demonstram dificuldade em lidar sozinhos com as suas limitações físicas, de suportar a interrupção brusca de sua atividade sexual, e de perder o seu papel dentro da família.

O projeto de intervenção foi suportado pela “Teoria das Relações Interpessoais” de Hildgard Peplau que valoriza a relação terapêutica entre um cliente e o enfermeiro formado para reconhecer e responder às suas necessidades através da sua própria aprendizagem que o cliente faz no decorrer da doença com a ajuda do enfermeiro.

O presente Relatório tem como objetivo geral:

- Relatar o trabalho realizado com as pessoas com cancro da próstata em tratamento de Hormonoterapia em Hospital de Dia.

Quanto aos objetivos específicos:

- Abordar ao aspetos da doença oncológica nomeadamente nas pessoas com diagnóstico de cancro da próstata
- Apresentar os cuidados de enfermagem especializados em Saúde Mental às pessoas com o cancro da próstata
- Analisar as competências de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

No que concerne à sua estrutura encontra-se dividido em quatro capítulos. O primeiro refere-se ao Enquadramento Conceptual do projeto em que apresenta os fundamentos teóricos que suportam o mesmo. O segundo capítulo aborda o Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), refere-se, essencialmente á metodologia, iniciando-se pela problemática, perguntas de partida e objetivos do

PIS seguindo-se as várias etapas da Metodologia de projeto: Diagnóstico, Planeamento, e Execução e Avaliação. O terceiro capítulo referencia as Competências de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, fundamentadas no Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria do IPS. No último capítulo é feita uma reflexão final onde se pretende fazer uma compreensão do percurso efetuado, os ganhos e benefícios e limitações do projeto.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. A PESSOA COM CANCRO DA PROSTATA NA PERSPETIVA DA SAÚDE MENTAL

Segundo a diretora geral da OMS, na sua mensagem no Relatório Mundial de Saúde (2001, p. XI), “a saúde Mental – negligenciada durante demasiado tempo – é essencial para o bem-estar geral das pessoas, das sociedades e dos países, e deve ser universalmente encarada como uma nova luz”. Para a OMS a saúde mental é reconhecida desde a sua origem, que se reflete na sua definição de saúde, como “não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” mas como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Atualmente concorda-se que a Saúde Mental é “algo mais do que a ausência de perturbações mentais” (OMS, 2001, p.32).

De acordo com o livro Verde da Comissão da União Europeia (2005, p.4), a saúde mental é considerada um “estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stresse normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere”.

Segundo a OMS (2001) as estimativas indicam que cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de perturbações mentais ou neurobiológicas, ou de problemas psicossociais relacionados com o abuso de álcool e drogas. Das dez principais causas de incapacidade, cinco são originadas por perturbações mentais; mundialmente as perturbações mentais representam 31% de anos vividos com incapacidade, na Europa atingi índices de 40%. A depressão grave é atualmente a principal causa de incapacitação em todo o mundo e ocupa o quarto lugar entre as dez principais causas de patologia, a nível mundial com estimativa futura de ser a segunda das principais doenças no mundo. Rara é a família poupada de um confronto com perturbações mentais.

A OMS (2001) salienta o facto de a saúde mental e a saúde física estarem

estritamente ligadas. Assim sendo, as perturbações mentais e comportamentais resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. A evidência científica demonstrou relações com a saúde física, como por exemplo, a depressão prevê a ocorrência de perturbação cardíaca, mudanças adversas no funcionamento do sistema endócrino e imunitário criando uma maior suscetibilidade a doenças físicas. O comportamento de uma pessoa em relação a hábitos de vida saudáveis depende muito da sua saúde mental, assim como, o regime alimentar, exercício, sexualidade, tabaco, droga e adesão terapêutica. Os fatores psicológicos como a relação da criança com os pais ou outros prestadores de cuidados e os fatores sociais como a urbanização descontrolada, a pobreza e a rápida transformação tecnológica são também relevantes.

De acordo com a diretora geral da OMS, na sua mensagem no Relatório Mundial de Saúde (2001, p. XI), afirma que “existe uma nova compreensão que oferece esperança real aos doentes mentais (...) a compreensão de como são inseparáveis a saúde mental e física, e de como é complexa a profunda a influência de uma sobre a outra”.

Segundo Macedo (2008) também as doenças oncológicas têm sido vistas como outra grande epidemia dos últimos anos devido a elevada morbidade, a elevadas taxas de mortalidade e o gradual aumento da sua incidência. A este facto não será alheio o envelhecimento da população, a melhoria dos métodos de diagnóstico e o aumento da eficácia do tratamento.

A doença oncológica traduz-se assim numa situação crónica, muitas vezes debilitante e, outras tantas vezes fatal, que atinge um cada vez maior número de indivíduos. Mas, esta patologia tem outros condicionantes muito próprios. Por um lado, os tratamentos cirúrgicos, de quimioterapia e de radioterapia permitiram aumentar o tempo de vida das pessoas com doença oncológica e mesmo atingir situações de cura mas, por outro lado, são estes mesmos tratamentos que condicionam alguns dos maiores estigmas associados à doença. Nos dias de hoje o prolongamento da vida destas pessoas, preconizado através do desenvolvimento de terapêuticas é evidente, levantando assim a questão da qualidade de vida sem qualidade (Pais - Ribeiro, 2001).

Segundo Pereira *et al.* citado por “a doença oncológica reveste-se de

características que provocam uma sobrecarga emocional e social, quer devido à sobrevalorização da doença, quer devido a um estigma social, assumindo uma significação social com uma componente simbólica, associada à ideia de morte precoce”. (Correia, 2010, p.1)

A prevalência da depressão clínica em pessoas com doença oncológica aponta para uma amplitude significativa dos valores, tendo em conta a heterogeneidade das amostras e os diversos métodos e critérios de diagnóstico adotados. A localização do tumor, o tempo de evolução, o local da avaliação (enfermaria *versus* ambulatório) são alguns dos fatores que fazem oscilar a prevalência. A prevalência da depressão clínica situa-se entre 3 e 58%, variando com as características da população, o tipo de doença oncológica e seu estadiamento (Trancas et al, 2010).

Segundo Calman (1984), o diagnóstico de doença oncológica representa um acontecimento catastrófico para a maioria das pessoas tendo um forte impacto na qualidade de vida, mesmo para aquelas que lidam bem com os acontecimentos negativos. A qualidade de vida só pode ser descrita e medida em termos individuais, e depende do estilo de vida atual de cada pessoa, das suas experiências de vida, das suas esperanças para o futuro, dos seus sonhos e ambições. A Qualidade de vida muda com o tempo e mesmo em circunstâncias normais pode variar consideravelmente. A boa qualidade de vida é, normalmente, expressa em termos de satisfação, contentamento, felicidade, realização e capacidade de lidar com os acontecimentos (Correia, 2010).

A experiência de ter um cancro da próstata é um acontecimento de crise na vida da pessoa que requer uma adaptação quer da própria quer da família. Caplan (1980) salienta associação entre os períodos de crise na vida das pessoas e a doença mental. Algumas mudanças significativas no desenvolvimento da personalidade parecem ter ocorrido em períodos de crise. Estes pontos de transição caracterizam-se por uma aguda perturbação psicológica que cerca de uma a outro ou cinco semanas a qual não parece constituir em si um sintoma de doença mental mas antes manifestação de um esforço de ajustamento e adaptação face a um problema temporariamente insolúvel, como no caso de uma ameaça á integridade física por doença. As mudanças podem ser no sentido de

maior saúde e maturidade e, nesse caso, a crise foi uma oportunidade ou pode ser no sentido de uma capacidade reduzida para enfrentar com eficácia o problema e, nesse caso, foi prejudicial.

O foco “Crise” na prática de enfermagem segundo a CIPE, é “um tipo de *coping* com as características específicas: disposição para gerir um ponto de viragem – para melhor uma para pior - num acontecimento de perda ou stresse, uma situação temporária de desequilíbrio, tensão, comunicações ineficientes, dificuldade na resolução de problemas, no reconhecimento das mudanças e recursos e no reconhecimento ou utilização das redes de suporte externas; associadas a acontecimentos de perda ou de stresse, como a morte ou o divórcio.” (CIPE, 2002, pg.50)

Assim, a pessoa com doença oncológica tem de adquirir novas competências que lhe permitam adaptar-se à sua situação de doença e ao impacto emocional da mesma, o que por vezes implica ajustamentos psicossociais significativos: mudanças de comportamento; aumento dos cuidados de higiene pessoal e dieta alimentar diária; adaptação e ajuste aos sintomas secundários dos tratamentos e alterações físicas; em alguns casos interrupção na atividade profissional; acréscimos e dificuldades económicas; dificuldades ao nível das relações interpessoais; medo da morte e sentimentos de culpa que possam surgir. (Correia, 2010)

Para os homens com cancro da próstata, a crise do diagnóstico pode trazer consigo uma situação de stresse, mudanças no estilo de vida, que pode afetar a sua qualidade de vida e a da companheira. Deste modo, podem ter um impacto negativo na relação familiar e no ajustamento conjugal. Segundo Costa *et al.* (2008) o tratamento deste cancro é variado e pode ter algumas complicações que podem ocorrer por conta dos tratamentos instituídos. Os homens com cancro da próstata que realizam hormonoterapia podem apresentar problemas sexuais e alteração da imagem corporal. Pouco se conhece sobre a subjetividade destes homens: como vivencia o seu tratamento, como elabora a complexidade dos fenómenos psicológicos e quais as implicações psicossociais da doença (Correia, 2010).

Gianini (2004) realizou um estudo com homens com cancro de próstata e

mulheres com cancro de mama na obtenção dos seguintes resultados em relação aos homens: i) mostraram dificuldades em reconhecer e expressar os seus sentimentos quanto ao diagnóstico; ii) muitos homens sentiram-se isolados e impossibilitados de partilhar os seus medos, exceto com pessoas que também estivessem a realizar os mesmos tratamentos; iii) demonstraram maior dificuldade em lidar sozinhos com as suas limitações físicas, de suportar a interrupção brusca de suas atividades, e de perder o seu papel dentro da família. Segundo o mesmo autor o sofrimento emocional dos homens deve-se às limitações físicas, à diminuição da capacidade de ereção, ao cansaço, à fadiga e à orquidectomia (Tofani e Vaz, 2007)

Tofani e Vaz (2007) realizaram um estudo com homens com cancro da próstata ante a apresentação de cartões IV e VI do Rorschach e verificou que os sentimentos de impotência e fracasso estão presentes nos doentes estudados. A depressão, a diminuição da capacidade de produção, assim como dificuldades de ajustamento e de adesão ao tratamento, tendência à fuga da sua realidade objetiva para um retraimento narcísico, é sentido pelo homem como necessário para o confronto da doença e dos tratamentos indicados, e diminuição da capacidade de funcionamento do pensamento lógico e bloqueio dos processos associativos, com interferência nas condições afetivo-emocionais. Para as mesmas autoras (2007, p.203) “o sentimento de impotência repercute como uma ferida” na vida dos doentes com cancro de próstata. Embora haja uma evolução em termos de tratamento, observa-se que “por se tratar de um órgão que afeta a sensibilidade sexual masculina, o sentimento de impotência está presente em todos os pacientes testados, mesmo naqueles com impotência transitória”.

Segundo um estudo realizado por Correia (2010) em Portugal a pessoas com doença oncológica (4% com cancro da próstata) e companheiros internados a aguardar cirurgia ou em fase de recuperação, na maioria das pessoas, houve um aumento da frequência dos sentimentos negativos, sendo a tristeza o mais referido pelas mesmas após o conhecimento do diagnóstico. Algumas pessoas revelaram preocupação no término da relação e diminuição das relações sexuais.

O apoio social dos companheiros é um fator importante da adaptação dos homens com cancro da próstata. De facto, muitos casais referem problemas ao

nível da comunicação depois do cancro. Assim, torna-se numa preocupação porque, os problemas de comunicação são a causa principal de rutura dos casamentos e estão associados a uma diminuição da qualidade de vida do casal e uma falta de apoio social. Correia (2010) refere que o apoio do companheiro é notório e essencial ao longo da doença estando também associado o nível de ajustamento antes do diagnóstico com o nível de ajustamento após o conhecimento do diagnóstico.

Segundo Lepore *et al.* (1998) os constrangimentos sociais e a insensibilidade dos cônjuges ou outros membros da família em falar sobre a doença têm sido associados com uma pobre saúde mental entre homens com cancro da próstata. A partilha entre o casal no que diz respeito à doença parece ser um indicador de melhor ajustamento e melhor qualidade de vida para ambos (Correia, 2010).

O ajustamento mental ao cancro segundo Greer, Moorey, e Watson (1989) pode ser definido como “respostas cognitivas e comportamentais dadas por um indivíduo ao diagnóstico de cancro”. Folkman e Lazarus (1988) que definem *coping* como “esforços cognitivos e comportamentais para gerir exigências específicas, internas e/ou externas, que são avaliadas como excedendo ou que estão nos limites dos recursos do indivíduo”. Estas definições diferem num aspeto importante para Nordin *et al.* (1999): enquanto “*coping* é um esforço cognitivo e comportamental intencional, o ajustamento mental pode envolver também reações emocionais involuntárias a acontecimentos ameaçadores”. Assim, as estratégias de *coping* podem conduzir a um melhor ou pior ajustamento mental (Pais-Ribeiro *et al.*, 2003, p.232)

Para Schnoll *et al.* (1998) o diagnóstico e tratamento do cancro é um acontecimento ameaçador ou um estímulo que desencadeia um processo de avaliação e uma resposta de *coping*, os quais, determinam o resultado emocional da experiência. A avaliação determina o grau em que o estímulo representa uma ameaça, uma perda ou um desafio, enquanto as respostas de *coping* que sucedem em função daquela avaliação, representam esforços cognitivos e comportamentais que visam gerir os impactos criados resultantes daquelas exigências internas e externas. (Pais-Ribeiro *et al.*, 2003)

Varela e Leal (2007) salientam que as estratégias de *coping* utilizadas pelas

peças, num determinado acontecimento, não permitem antever as estratégias de *coping* empregue em futuras vicissitudes. Para além de que, caso o indivíduo enfrente simultaneamente diferentes fontes de stresse as várias tarefas adaptativas vão requerer a aplicação de diferentes estratégias de *coping*.

Para Lazarus e Folkman (1984) a pessoa apresenta-se como um agente ativo no processo de avaliação cognitiva/emocional de uma situação de stresse. Realiza uma avaliação primária e a avaliação secundária: na primeira determina o significado que o acontecimento pode ter no seu bem-estar e na segunda avalia os recursos disponíveis para lhe fazer frente. Por fim adota estratégias específicas, mutáveis, dinâmicas e com funções determinadas de coping focado no problema e focado nas emoções (Tupholme, 2008).

Para Barros et al. (1996) quando a pessoa toma conhecimento da doença pode reagir de forma construtiva, aumentando os recursos para lidar com a situação (*coping* focado no problema), ou então tentar controlar a resposta emocional de stresse, como tentativa de alívio de tensão (*coping* focado na emoção), utilizando a negação e o evitamento, por vezes associado a alguma racionalização e pobre ajustamento (Tupholme, 2008).

Rowland (1989) considera que as estratégias de *coping* são influenciadas pela duração e intensidade da exposição ao acontecimento stressor. Tratando-se a doença oncológica de uma patologia que se prolonga no tempo, pelo que este facto conduz ao desgaste dos recursos físicos e sociais que a pessoa tem ao seu dispor, afetando a eficácia das estratégias de *coping*. O mesmo autor salienta que as estratégias de *coping* mais eficazes são as que refletem a aceitação do cancro e são seguidas de estratégias que visam responder às problemáticas relacionadas com a doença e às suas consequências, de forma realista. Verificando-se que as respostas de *coping*, orientadas para a resolução ativa do problema, são geralmente mais eficazes (Varela e Leal, 2007).

Maia e Correia (2008) realizaram uma revisão bibliográfica com 37 estudos e os resultados indicam que as estratégias de *coping* mais utilizadas em situação de doença oncológica são: a negação e evitamento (15), ajuda/apoio e esperança (12), espírito de luta (10), ansiedade e depressão (10), aceitação e fatalismo estóico (9), estratégias de coping focalizadas no problema (8), por fim, fatores

emocionais que incluíam a supressão de emoções e estratégias de coping focadas nas emoções (6).

O ajustamento psicológico à doença oncológica deve ser entendido como um processo dinâmico, que implica a utilização de estratégias que permitem à pessoa com cancro da próstata lidar com o desgaste emocional e a perceção de falta de controlo sobre a situação, o que lhes possibilita recorrer a estratégias que visam a resolução do problema.

A situação de possuir cancro da próstata por um lado, pode constituir um problema para os casais que vivenciam a doença instituindo-se uma crise no relacionamento, impondo desta forma dificuldades no ajustamento e comprometer o mesmo. Por outro lado, pode representar uma oportunidade, para refletir a vida do casal, familiar e social, no sentido de ocasionar mudanças positivas ao promover aquisição de novas competências ao casal e ao indivíduo.

A pessoa com cancro da próstata a realizar hormonoterapia em Hospital de Dia por estar em situação de crise, necessita de apoio emocional da equipa que o acompanha. Tal suporte pode incentivar a pessoa a enfrentar a doença de maneira mais positiva ou a melhores expectativas de cura e, conseqüentemente, com possibilidade de dar continuidade às suas funções pessoais e profissionais em condições que deseja.

O acompanhamento de enfermagem deve permitir uma maior abertura das pessoas à forma como conhecem, expressam e se adaptam às suas necessidades/ problemas. Assim, o enfermeiro deve socorrer-se de um planeamento de intervenções centradas, não só na pessoa mas em todo o núcleo familiar já que este, especialmente o cônjuge, pode ajudar no desenvolvimento das estratégias de coping mais eficazes e ajustadas à sua situação.

O enfermeiro deve procurar a potenciação de um coping ativo e voltado para o aumento do bem-estar da pessoa e poder-se-á igualmente trabalhar no sentido de uma redução de formas menos adaptativas de confronto com a doença, como é o caso do coping emocional. Esta intervenção deve ser feita no sentido de determinar o impacto de emoções negativas sobre o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas, desenvolvendo, a partir daí, planos de intervenção devidamente estruturados e ajustados às necessidades de cada um.

1.2. A SEXUALIDADE NA PESSOA COM CANCRO DA PROSTATA A REALIZAR HORMONOTERAPIA

O ser humano é sexual desde o nascimento até à morte. De acordo a Organização Mundial da Saúde (1995), sexualidade e intimidade são essenciais ao bem-estar e à qualidade de vida. Já Freud afirmava que “a tendência humana é a busca do prazer e a evitação do desprazer”. (Tofani e Vaz, 2007, p.198).

Para Gomes (2003) “a sexualidade masculina, quando não devidamente abordada, pode comprometer a saúde do homem, revelando dificuldades, principalmente em relação à promoção de medidas preventivas” (Tofani e Vaz, 2007, p.199).

Existem muitas fontes de interação a nível da sexualidade, como os antecedentes morais, culturais, religiosos, sociais, educacionais e familiares, fatores genéticos e experiências passadas. As crenças e os pensamentos exercem um efeito profundo na resposta sexual e modelam os efeitos do humor e da ansiedade. Existem alguns estudos que apoiam a influência das crenças e mitos sexuais na funcionalidade sexual. Nobre (2006) realça os trabalhos de Zilbergeld (1992, 1999) onde defende que os homens com disfunção erétil possuem um conjunto de mitos e ideias inadequadas acerca da sexualidade que funciona como um fator de vulnerabilidade. Entre alguns mitos destaca: “um homem está sempre interessado e pronto para o sexo”, “um verdadeiro homem é sexualmente funcional”, “sexo equivale a penetração”... Para Zilbergeld (1999) citado por Nobre (2006) homens com crenças elevadas nos mitos desenvolvem habitualmente ideias negativas acerca de si próprios: “sou menos do que um homem”, “sou um fracasso sexual”, “jamais conseguirei resolver este problema”. Acrescenta ainda, que estas crenças e autoconceitos negativos não só predisõem o desenvolvimento de dificuldades sexuais como desempenham um papel importante na manutenção do problema.

Segundo Kaiser (1998) citado por Macêdo, (2008, p.32) a disfunção erétil (DE) pode ser definida como a “incapacidade do homem de conseguir e manter a

ereção do pênis de modo suficiente a permitir uma relação sexual satisfatória”. A mesma autora acrescenta, mencionando Ellsworth et al. (2003) que para se obter uma ereção adequada, deve haver integridade do funcionamento de nervos, artérias e veias. A disfunção erétil atinge, geralmente, homens com idade acima de 65 anos. Portanto, a idade é um fator determinante desta complicação.

O Funcionamento sexual parece estar muito dependente da Função Erétil embora esta deva ser vista mais como a parte visível do *iceberg*, dado o funcionamento sexual incluir outras dimensões (Pais-Ribeiro e Santos, 2005). Segundo o *NIH Consensus Statement* (1992), “a Disfunção Erétil pode ter um efeito negativo na saúde em geral, dado que a falha em conseguir completar a relação íntima resulta em medo, perda de auto confiança e da sua imagem, e depressão” (Pais-Ribeiro e Santos, 2005, p.342).

Além da idade, a sexualidade pode ser afetada por outros fatores, tais como presença de doenças crónicas debilitantes ou incapacitantes, uso de medicamentos que inibem a libido, alterações fisiológicas, cirurgias e estados emocionais negativos. Em doentes com cancro, estes fatores tendem a coexistir no curso da doença, no tratamento (devido à quimioterapia e radioterapia, cirurgias e hormonoterapia). Por essa razão, as disfunções sexuais são frequentes em pessoas com problemas oncológicos (Fleury et al., 2011).

No que respeita à sexualidade masculina, o estado do pênis no homem é sempre de extrema importância, quando um homem contrai uma doença oncológica nessa área, toda a sua imagem corporal pode estar ameaçada. Após o diagnóstico e tratamento, ultrapassado o medo da morte, este concentra-se na sequela. O impacto da autoimagem será maior se a sexualidade for afetada (Otto, 2000).

A função sexual é considerada fator essencial para a manutenção da Qualidade de Vida sendo que a dor psicológica causada pela Disfunção Erétil pode ser mais incapacitante que os problemas físicos relacionados com a doença em si.

Segundo Gianini (2007) a Disfunção Erétil pode atingir a essência da masculinidade, o orgulho e o prazer de viver de muitos homens. Os conflitos gerados pela Disfunção Erétil desencadeiam perda da autoestima. Pelo que podem surgir contrariedades no relacionamento após o diagnóstico de cancro da

próstata e seu tratamento, caso o doente e a sua parceira(o) deixarem de comunicar sentimentos e não compartilharem a mesma necessidade de intimidade. Serão necessárias mudanças na dinâmica relacional do casal à nova realidade (Macedo, 2008).

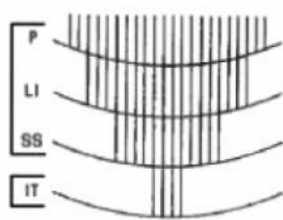
Para Hughes (2000) se a frequência sexual é interrompida, outras formas de contacto físico também diminuem. Diante da ausência de intimidade sexual, os parceiros que enfrentam a doença podem se sentir isolados, ansiosos ou deprimidos, inadequados ou emocionalmente distantes. Por outro lado, a intimidade pode tornar a experiência mais suportável e ajudar no processo de recuperação da doença (Fleury, 2011).

O homem com cancro da próstata e que realize hormonoterapia tem normalmente a sua função sexual alterada. A hormonoterapia provoca problemas difíceis como a ginecomastia, atrofia fálica, perda de libido e disfunção erétil (Otto, 2000). Num estudo brasileiro realizado a homens com cancro da próstata com metástases ósseas a realizarem hormonoterapia 94% relataram disfunção sexual (Santos, 2010).

Para Bitzer et al. (2007) o diagnóstico da disfunção sexual deve abordar três dimensões (Fleury, 2011):

1. Fatores preexistentes (função e satisfação sexual, idade, imagem corporal e bem-estar geral);
2. Implicações de cada tipo de cancro (risco, grau de comprometimento, incapacidade e dor, alterações fisiológicas e estéticas, intensidade da doença e medicamentos utilizados);
3. Reação da pessoa e da(o) parceira(o) à doença (resposta afetiva, estilo de *coping*, impacto da imagem corporal e alterações na dinâmica do relacionamento).

The PLISSIT Model of Sex Therapy (developed by Jack Annon)



P = Permission
LI = Limited Information
SS = Specific Suggestions
IT = Intensive Therapy

Não há muita informação sobre a sexualidade do homem submetido a hormonoterapia, existem alguns estudos relativamente ao homem submetido a prostatectomia radical mas mesmo assim insuficientes, talvez por ser um assunto de difícil abordagem, já que, para muitos, não é fácil expor sua intimidade (Macêdo, 2008; Santos, 2006).

Fonte: Garret e Teixeira (2006)

Naccarato e Perchon (2004) referem que é frequente a não identificação das dificuldades sexuais pela equipe multidisciplinar e que a maioria das pessoas recebe pouca ou nenhuma informação para lidar com os efeitos da doença e seu tratamento na intimidade.

Estudos realizados com pessoas com cancro e profissionais de saúde indicam que o evitamento, devido ao embaraço e falta de vontade, constitui o principal obstáculo à abordagem da sexualidade com as pessoas com doença oncológica. Embora os técnicos de saúde apresentem atitudes e crenças favoráveis face à sexualidade destas pessoas este facto não parece, por si só, influenciar o seu possível modo de agir. (Serrano, 2005)

Os técnicos de saúde têm conhecimento dos problemas sexuais experienciados pelas pessoas, no entanto, esperam que seja a própria a questioná-los sobre os seus problemas sexuais. Como principais dificuldades referem fatores profissionais e pessoais. No que respeita aos fatores profissionais, foram destacados o receio da reação da pessoa e a falta de iniciativa própria. Quanto aos fatores pessoais, nomearam, maioritariamente, o facto de a sexualidade ser um assunto pessoal e íntimo e que por esse motivo deverá ser a pessoa a requerer informação e a questioná-los sobre a sua sexualidade.

A abordagem da sexualidade a estas pessoas pode ser feita através do **Modelo PLISSIT**. Segundo Dixon, KD e Dixon, PN (2006) trata-se de um modelo conciso

que permite uma abordagem ampla envolvendo as queixas de origem biológica, psíquica e aquelas referentes ao desconhecimento da anatomia e da resposta sexual. (Lara *et al.*, 2008).

Este modelo compreende quatro níveis de atuação terapêutica (P-LI-SS-IT) em que cada letra ou par de letras representa uma diretriz orientada para o objetivo da intervenção (Permission – Limited Information – Specific Sugestions – Intensive Tharapy).

Cada um dos patamares requer um conhecimento distinto e capaz de enfrentar as exigências estipuladas, quer em termos do conhecimento quer do treino e prática da terapêutica. À medida que os níveis vão aumentando, maior competência acadêmica é requerida. Segundo Annon e Robinson (1981) este modelo pode ser utilizado por uma variedade de técnicos de saúde, nomeadamente enfermeiros. Cada profissional deve organizar as suas intervenções de acordo com o seu próprio conforto. (Garrett e Teixeira, 2006)

No primeiro nível – Permissão: nesta fase pretende-se demonstrar á pessoa que se compreende e aceita-se as suas limitações de ordem sexual, transmitindo segurança e o aspeto de estar presente perante uma colheita rotineira da consulta. Algumas preocupações são abordadas, nomeadamente a nível dos sentimentos, dos novos comportamentos, das fantasias e pensamentos.

No Segundo nível – Informação limitada: é conveniente proporcionar alguma informação detalhada sobre o que o preocupa, nomeadamente a nível das suas verdadeiras limitações e dar a conhecer as suas potencialidades. Pode ser o momento em que se apresentam diversas alternativas para o desempenho de ato sexual: medicação apropriada, instrumentos (Bomba de vácuo, anel de constrição, injeção intracavernosa).

No Terceiro nível – Sugestões Específicas: apresenta-se a continuidade do patamar anterior. Trata-se de orientações de mudança comportamental que possa levar a pessoa a atingir os seus objetivos, assentes numa sólida colheita de dados.

No último nível – Terapia Intensiva: é requerida a intervenção de terapeutas sexuais. O tratamento deve ser individualizado e desenhado especificamente

de acordo com o problema da pessoa.

Este modelo tem aplicabilidade em contexto de HD da UFU. Na utilização do Modelo PLISSIT o enfermeiro pode concentrar-se mais nos três primeiros níveis e depois encaminhar o cliente para o seu urologista que fará o encaminhamento para um técnico devidamente habilitado para cumprir o objetivo seguinte.

1.3. CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM CANCRO DA PROSTATA EM HD SEGUNDO O MODELO CONCEPTUAL DE HILDEGARD PEPLAU

Para se responder às necessidades das pessoas com cancro da próstata a realizar hormonoterapia em HD é necessário uma conceptualização teórica subjacente, pois a definição explícita do modelo sobre o qual assenta o exercício da enfermagem numa situação específica vai afetar diretamente a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa, sendo por isso fundamental. Na nossa perspetiva um modelo teórico que possibilita ao enfermeiro planear intervenções ajustados às necessidades destas pessoas na perspetiva da saúde mental, é o **Modelo Conceptual de Hildegard E. Peplau.**

Este modelo situa-se no paradigma da integração e pertence à “Escola da Interação” que sofreu influência de outras teorias, tais como a teoria sistémica, a terapia centrada no cliente de Rogers, a fenomenologia e o existencialismo. O trabalho de Peplau mudou para sempre o carácter da enfermagem ao conceptualizar o Outro como parceiro no processo de enfermagem. O seu contributo é mais evidente para contextos de saúde mental mas também transcende para além destes. O modelo conceptual de Peplau valoriza a personalidade da enfermeira e a aprendizagem que o faz no decorrer da doença com a sua ajuda, assim como, o próprio desenvolvimento pessoal da enfermeira. Desta forma, Peplau defende a comunicação humana e a aplicação de determinadas técnicas relacionais para um comportamento adequado à prática dos cuidados de saúde. (Tomey e Alligood, 2004)

Peplau define alguns conceitos da seguinte forma (Tomey e Alligood, 2004,

p.428):

PESSOA - O homem é um organismo que vive num equilíbrio instável, “Luta á sua própria maneira para reduzir a tensão gerada pelas necessidades”.

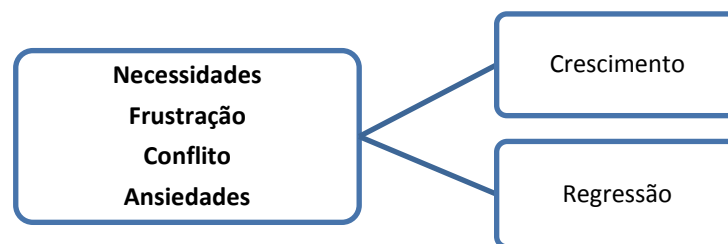
SAÚDE - “ uma palavra símbolo que implica um movimento da personalidade para a frente e outros processos humanos em curso, no sentido de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária”.

AMBIENTE - “forças existentes no exterior do organismo e no contexto da cultura “, a partir das quais a moral, os costumes e crenças são adquiridos. No entanto, as condições gerais suscetíveis de conduzirem á saúde incluem sempre o processo interpessoal.

EMFERMAGEM – “um processo interpessoal, significativo e terapêutico. Funciona em cooperação com outros processos humanos que tornam a saúde possível para os indivíduos nas comunidades”.

Peplau descreve quatro experiências psicobiológicas (Tomey e Alligood, 2004):

Figura 1 – Experiências psicobiológicas



Estas experiências fornecem energia que é transformada em alguma forma de ação e obrigam a respostas destrutivas ou construtiva de enfermeiras e clientes. Este entendimento fornece uma base para a formação de objetivos e intervenções de enfermagem.

Peplau identificou seis papéis para o desempenho do enfermeiro (Tomey e Alligood, 2004):

Especialista técnico – Pessoa que demonstra habilidades clínicas e que utiliza o equipamento para esse fim.

Recurso – O enfermeiro proporciona respostas específicas às questões formuladas sobre determinado problema ou por uma situação nova. O profissional de enfermagem determina se o tipo de resposta é apropriado a uma aprendizagem construtiva.

Professor – O enfermeiro fornece conhecimentos, sobre determinada necessidade ou interesse. O ensino desenvolve-se com base na informação, que o cliente já adquiriu previamente e a capacidade que ele tem em utiliza-la em seu benefício.

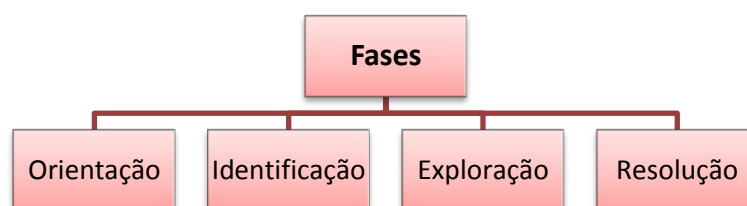
Líder – O enfermeiro através da interação, incentiva o cliente a participar nas tarefas a que está sujeito. Por outro lado, o cliente espera que o enfermeiro o encaminhe na resolução dos seus problemas.

Substituto – Neste papel, o cliente projeta na enfermeira os seus sentimentos e emoções de anteriores relações, devendo a enfermeira ajudá-lo a identificar as semelhanças e diferenças entre ela e a pessoa recordada sem deixar de ser ela própria. Neste período, o cliente e enfermeiro definem áreas de dependência, independência e interdependência.

Conselheira – A enfermeira orienta o cliente a identificar, a aceitar e resolver os seus problemas, utilizando as suas habilidades e atitudes, melhorando assim, a sua capacidade de ser feliz e eficiente.

Peplau enumerou quatro fases do relacionamento interpessoal entre o enfermeiro e o cliente (George et al., 2000). São elas (Figura 2):

Figura 2 – Fases do relacionamento interpessoal entre o enfermeiro e o cliente



Fase da orientação. Nesta fase, ocorre o primeiro contacto entre o enfermeiro e o cliente. Este reconhece a necessidade de solicitar ajuda profissional para enfrentar o seu problema, uma vez que não consegue resolvê-lo por si só. Por vezes, apesar de reconhecer a necessidade de ajuda, não tem a percepção nítida do seu problema. É fundamental, que nesta fase o enfermeiro, trabalhe com o cliente, estabelecendo uma comunicação aceitável com base no respeito e confiança, de modo que, mutuamente comecem a reconhecer, esclarecer, e definir o problema. Peplau admite, que as expectativas e ideias preconcebidas tanto do enfermeiro, como do cliente são influenciadas pela sua cultura, religião, raça, antecedentes educacionais, vivências anteriores, são fatores que influenciam as relações interpessoais, possuindo um papel preponderante na interação terapêutica. Peplau considera esses obstáculos ultrapassados se a comunicação estabelecida for empática. Tal ação diminui a tensão e a ansiedade prevenindo problemas futuros que podem surgir como resultado de repressão a um acontecimento. Enquanto, no início da fase de orientação o enfermeiro e o cliente se encontram, como estranhos, no final ambos estabeleceram uma relação de confiança e são capazes de passar a fase seguinte.

Fase da identificação – Nesta fase, o cliente tem consciência, de que, está a estabelecer uma relação terapêutica com o enfermeiro o que pode ou não dar-lhe confiança. A resposta do cliente a esta percepção pode manifestar-se de 3 formas:

- Participar com o enfermeiro ativamente ou ser interdependente da enfermeira
- Ser independente e autónomo da enfermeira
- Ser passivo e dependente da enfermeira

Segundo Peplau, o enfermeiro faz uso das suas habilidades e formação profissional, sendo da sua responsabilidade elaborar os planos e objetivos, se o cliente for dependente dele. Com isto corre-se o risco de torná-los menos personalizados e não ir ao encontro das necessidades do Outro. Se a relação for interdependente, o cliente e o enfermeiro podem juntamente elaborar um plano de cuidados o que facilita e pode tornar os cuidados mais dinâmicos bem como mais personalizados. Se o cliente for autónomo o enfermeiro assume o papel de

supervisor, podendo aconselhar se necessário. Nesta fase, o enfermeiro e o cliente esclarecem, percebendo as expectativas do segundo, estabelecendo os objetivos a alcançar. Ao ser assegurada a prestação de cuidados de qualidade, o cliente pode ter experiências positivas, sendo de realçar a confiança que ganha para lidar com o problema.

Fase da exploração – Neste fase, através da relação terapêutica, o cliente, consciente da sua situação, aprende a utilizar e a empregar os recursos disponíveis. O processo interpessoal está a ser utilizado plenamente e ambos se direcionam para os objetivos mutuamente traçados. Alguns clientes nesta fase são autónomos, demonstrando iniciativa, responsabilidade e acreditando nas suas potencialidades para obterem as suas metas. Quando assim é passam a fase seguinte.

Fases de resolução – Na última fase do processo de Peplau, as necessidades do cliente foram satisfeitas pelo esforço, que houve entre ambos. Neste momento, a relação terapêutica tem de ser quebrada. Por vezes, é difícil a dissolução dessa relação quer para o enfermeiro quer para o cliente. Quando a fase de resolução é bem-sucedida, o cliente e enfermeiro tornam-se pessoas mais amadurecidas e fortes, aprendendo ambos com a experiência vivida para poderem aplicar os conhecimentos em novas situações, não esquecendo a unicidade de cada pessoa.

A sequência das quatro fases de Peplau: orientação, identificação, exploração e resolução podem ser comparadas com o processo de enfermagem num atendimento em Hospital de dia para o doente com cancro da prostata que realize hormonoterapia, em contexto de saúde mental, como se pode verificar no seguinte quadro:

FASES DE PEPLAU	PROCESSO DE ENFERMAGEM
ORIENTAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> - O enfermeiro e o cliente encontram-se como estranhos - Encontro iniciado pelo cliente que expressa uma “necessidade sentida” - Enfermeiro-cliente /família identificam o Problema) 	AValiação INICIAL <ul style="list-style-type: none"> - O cliente necessita de realizar hormonoterapia em função do tratamento instituído - Recolha de dados - Avaliação do estado mental do doente, dinâmica familiar - A iniciativa pode ser da enfermeira, não precisa de ser necessariamente uma “necessidade sentida” pelo doente
IDENTIFICAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> - O cliente formula uma ideia ao enfermeiro, e responde de acordo com a participação, independência ou impotência deste - Estabelecimento interdependente de metas 	PLANEAMENTO <ul style="list-style-type: none"> - Direção e significado às ações de enfermagem a serem realizadas, visando a resolução dos problemas do doente - Metas mutuamente estabelecidas
EXPLORAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> - O cliente explora a relação enfermeiro-cliente de forma a obter os melhores benefícios) 	IMPLEMENTAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> - Sessões de Psicoeducação baseadas nas necessidades do doente em direção às metas estabelecidas
RESOLUÇÃO <ul style="list-style-type: none"> - Quando o cliente assume um estado de independência para um dado problema - Leva ao término do relacionamento 	AValiação <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar os ganhos da Psicoeducação baseada em comportamentos esperados mutuamente estabelecidos - Pode levar ao término do relacionamento ou ao início de novos planos

Fonte: adaptação de George et al., 2000

Quadro 1 - Relação das fases de Peplau e o processo de enfermagem

O modelo conceptual de Peplau adapta-se ao projeto de intervenção em serviço que pretendemos desenvolver, porque se centra no desenvolvimento da relação terapêutica entre um cliente e um enfermeiro formado para reconhecer e responder às necessidades do mesmo. A aplicação do modelo dá oportunidade às enfermeiras de ajudarem os homens com cancro da próstata em tratamento hormonal a exprimirem os seus sentimentos e a lidarem com estes, através do uso da comunicação e a aplicação de determinadas dinâmicas de forma a manter, melhorar ou recuperar a sua saúde mental.

1.4. INTERVENÇÕES FAMILIARES

O ciclo vital de uma família tradicional tem o seu início na união de duas pessoas, que se escolhem para formar um casal e se comprometem numa relação que pretendem que se prolongue pelo tempo. Desta união, surgem filhos que se tornarão adolescentes e depois adultos. Para Hanson (2005) família refere-se a dois ou mais indivíduos que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico. Os membros da família são autodefinidos.

Segundo a CIPE versão 1.0 (2005, p.171) família é um fenómeno de enfermagem do eixo do cliente que pertence à característica de grupo: “ Grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, composto por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente”.

A palavra família reporta-nos para o nosso passado onde crescemos e aprendemos a sermos adultos e independentes. Segundo Alarcão (2002), é um espaço privilegiado para elaboração e aprendizagem de dimensões significativas da interação: os contactos corporais, a linguagem, a comunicação, as relações interpessoais. É ainda um espaço de vivências de relações afetivas profundas: a filiação, a fraternidade, o amor, a sexualidade... numa trama de emoções e afetos positivos que na sua elaboração, vão dando corpo ao sentimento de sermos quem somos e de pertencermos àquela e não a outra família.

A família está em constante interação com o meio exterior e cada elemento está em interação entre eles e também com o meio. A família está sujeita a fontes de stresse que podem corresponder a um período de transição do ciclo vital ou provocada por problemas. Estas fontes de stresse podem alterar o padrão de funcionamento habitual da família.

Numa situação de cancro de um dos elementos da família, a maioria responde com alterações de desequilíbrio face a esta experiência. Num estudo realizado com familiares de pessoas com doença oncológica constatou-se que num terço das famílias dos adultos, os cônjuges e os filhos destes, experimentavam níveis clinicamente significativos de stresse e perturbações psicossociais. Nalguns

casos, os familiares podem desenvolver perturbações físicas, comportamentais e emocionais (Correia, 2010).

A adaptação individual e familiar à situação de crise dependem de vários fatores, nomeadamente do tipo de doença e estágio, da fase de desenvolvimento do ciclo de vida em que a família se encontra aquando do diagnóstico, do significado que a família lhe atribui, da estrutura familiar, da forma como a dinâmica familiar é afetada e da qualidade das interações familiares (Hanson, 2005; Casmarrinha, 2008).

Segundo Alarcão (2002), esta pode responder à crise através da fuga à mudança, o que ameaça o equilíbrio do sistema, ou enfrentar o problema apesar do desconhecido, proporcionando transformação. Quando não se consegue a adaptação, surgem comportamentos disfuncionais, que causam sofrimento no doente e família. Pereira e Lopes (2002), referidos por Casmarrinha (2008) consideram que nalgumas famílias, a doença oncológica aproxima a família, noutras separa-a, mas nenhuma consegue ficar indiferente face à experiência de cancro.

Segundo Rolland (1994) referido por Hanson (2005), as características da própria doença influenciam o modo como a família reage, nomeadamente o aparecimento, percurso, desfecho, tipo e grau de incapacidade, e grau de incerteza. Um aparecimento gradual permite que os membros da família tenham mais tempo para mobilizar recursos e desenvolver maneiras de lidar com o problema, ao passo que um aparecimento súbito implica a família controlar a sua ansiedade e tensão, alterar papéis e tentar encontrar vias para lidar com a situação. Em doenças recorrentes, como é o caso de muitas formas de cancro, a pessoa e a família passam por períodos relativamente estáveis intercalados por exacerbações, o que exige muita flexibilidade e faz com que os membros familiares se encontrem em frequente estado de alerta e de tensão para reagir à próxima recaída. O desfecho para a família é afetado pelo facto de a doença ser inevitavelmente fatal ou de poder ser fatal (como em muitos cancros). As expectativas iniciais em relação ao facto de a doença poder causar a morte é o fator mais importante, pois influencia o modo como a família inclui ou exclui o membro doente das interações quotidianas e da tomada de decisões pela família.

O tipo e o grau de incapacidade (ao nível da cognição, sensações, funcionamento motor, energia ou por meio do estigma social) também influencia a forma como os indivíduos e as famílias reagem à doença. Quanto mais imprevisível for uma doença, mais a família tem de tomar decisões com eventualidades flexíveis ou planos de recurso, podendo levar à exaustão até as famílias mais resilientes e adaptativas.

Correia (2010) chama a atenção para se ter em conta as dificuldades e necessidades que o cônjuge apresenta ao longo do processo de doença do familiar. Este pode não saber como ajudar e pode não se sentir preparado para atender às solicitações do Outro. Nalguns casos, os cônjuges encontram-se num estado de choque e negação, negando os seus próprios sentimentos ao tentar fornecer suporte ao Outro. Isso pode resultar em ansiedade e depressão. Também as necessidades emocionais dos outros membros da família representam desafios para o cônjuge, especialmente quando o casal tem filhos pequenos.

Desta forma, a intervenção do enfermeiro com a pessoa com cancro da próstata a realizar hormonoterapia deve ser extensível à sua família... Ao falar-se de cuidado à família é pertinente salientar a importância de abordar uma metodologia de avaliação e intervenção nessa unidade. As enfermeiras Wrigth e Leahey (2002) desenvolveram o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF), que é baseado numa estrutura multidimensional baseada em Sistemas, Cibernética, Comunicação e fundamentos teóricos de mudança e da biologia da cognição.

É preciso determinar quais as famílias a serem consideradas para avaliação. As indicações para avaliação familiar são:

1. Vivência de sofrimento físico e/ou espiritual ou rutura causada por crise familiar (doença, lesão, óbito)
2. Vivência de sofrimento físico e/ou espiritual ou rutura causada por um marco de desenvolvimento (nascimento, casamento ou saída do filho mais novo de casa)
3. A família define o problema e existe motivação para a sua avaliação (impacto doença crónica)

4. A família identifica uma criança ou adolescente como tendo dificuldades (fobia da escola ou medo de tratamento de um em cancro)
5. A família está com situações sérias, o suficiente para ameaçar a relação dos seus membros (doença terminal ou abuso sexual/físico)
6. Um membro está para ser hospitalizado para tratamento psiquiátrico
7. Uma criança está para ser hospitalizada

Uma vez completada a avaliação da família o enfermeiro deve decidir se realiza ou não a intervenção.

O MCAF consiste de três categorias principais (Wright e Lorraine, 2002):

- Estrutural
- Desenvolvimento
- Funcional

Cada categoria contém várias subcategorias. Cada uma das categorias contém informações que, reunidas, têm a finalidade de entender e direcionar o cuidado junto a cada família.

Na **categoria estrutural** podemos avaliar as subcategorias denominadas de estruturainterna, estrutura externa e contexto, cada uma das quais compreende outras subcategorias. A **estrutura interna** da família abrange seis subcategorias: composição da família, género, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites. Na subcategoria subsistemas deve-se ter atenção às díades, como marido-mulher ou mãe ou filho e podem ser delineados por geração, sexo, interesse, função ou história. Cada pessoa na família pertence a vários subsistemas com um nível de poder diferente e utiliza diferentes habilidades. A subcategoria limites refere-se às regras para definir quem e como participa cuja função é proteger a diferenciação destes entre si. Dentro deste contexto podem-se citar como exemplo as decisões da família ao elaborarem uma escala dos seus integrantes para cuidar de um familiar com doença crónica. Na **estrutura externa** inclui as subcategorias da família extensa e sistemas mais amplos. Podem-se abranger os suportes que a família tem ou procura, seja dos profissionais de saúde, seja dos vizinhos seja ainda de associações ou grupos

nos quais ela procura auxílio, por exemplo, grupo de familiares de doentes crónicos (renais e oncológicos), usuários de centro de atenção psicossocial e outros. Na **categoria contexto** estão envolvidos pontos que dizem respeito à etnia, à raça, classe social, religião e espiritualidade e por fim, ambiente. Compreendendo assim as diferentes culturas, os valores, os modos de cuidar e a percepção da família. Estes pontos serão informações importantes para negociar cuidados e atitudes das famílias. Ao avaliarem estas subcategorias, os profissionais de saúde poderão lançar mão dos conhecimentos e, em conjunto, estruturar o planeamento de estratégias de cuidados para a família.

Segundo Wright e Lorraine (2002) os **instrumentos para avaliação estrutural da família** são o genograma e o ecomapa. O **genograma** consiste num esboço de uma árvore familiar que representa a estrutura familiar interna. O esboço do genograma tende a seguir gráficos convencionais genéticos e genealógicos. Este instrumento desencadeia informações úteis tanto para a família como para os profissionais da saúde. Ao realizar-se o genograma, é importante incluir pelo menos três gerações, pois isto propicia informações ricas sobre relacionamentos ao longo do tempo, incluindo dados de saúde, doença, ocupação, religião, etnia e migração. Muitas vezes, ao se realizar o genograma, podem-se reestruturar comportamentos, relacionamentos e vínculos com as famílias, remover e normalizar as percepções das famílias sobre si mesmas. O **ecomapa**, tal como o genograma, permite uma visão geral da família, representando relações importantes de educação ou relações conflituosas e de opressão entre a família e o meio. Demonstra o fluxo ou a falta de recursos e as privações e tem como objetivo representar os relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais amplos. Os membros da família podem ter participação ativa em sua elaboração.

A categoria de avaliação do **desenvolvimento** permite ao enfermeiro entender o desenvolvimento do ciclo vital de cada família. Tem como subcategorias os estágios, as tarefas e os vínculos. As autoras recomendam a avaliação dos estágios de desenvolvimento e tarefas implícitas à vida dos membros da família, assim como os vínculos afetivos entre os mesmos.

A subcategoria **Funcional** diz respeito aos detalhes sobre como os indivíduos

realmente se comportam uns com os outros. É o aspeto do aqui e agora na vida de uma família que é observado e apresentado por ela. Tem como subcategorias o funcionamento instrumental e expressivo. A subcategoria do **funcionamento instrumental** refere-se às atividades diárias das famílias, como, por exemplo, as relacionadas com a alimentação, os hábitos de vida, o cuidado a um membro doente, a administração de terapêutica, o serviço de saúde... Esta é uma área de particular importância para com problemas de saúde. A subcategoria do **funcionamento expressivo** diz respeito a nove subcategorias: comunicação emocional, comunicação verbal, comunicação não-verbal, comunicação circular, solução de problemas, papéis, influência e poder, crenças e por fim, alianças e uniões. No aspeto funcional, as subcategorias denominadas influências e poder podem estar relacionadas a questões de género, por exemplo, as decisões ou negociações partirem do sexo masculino e o cuidado ser realizado pelos membros femininos da família. A importância desta abordagem está em proporcionar conhecer as diversas facetas das famílias de acordo com as condições do seu processo de saúde e doença vivenciado.

Cabe ao enfermeiro deve decidir quais as subcategorias relevantes e apropriada para aquela família e para cada instante no tempo. Alguns aspetos das intervenções para o domínio do comportamento são incentivar os membros da família a serem cuidadores, a estimular o descanso e planear rotinas. A importância de a família ser aliada dos profissionais no cuidar, promove a sua capacitação e o seu fortalecimento no desempenho das suas tarefas (Schwartz, 2010).

As intervenções familiares, segundo os estudos efetuados, identificam grande diversidade de intervenções: terapia familiar, intervenção familiar, grupos para famílias, grupos multifamiliares, psicoeducação de famílias e grupo educativos de auto ajuda (Pereira *et al*, 2006). Segundo os mesmos autores o objetivo da intervenção familiar traduz-se em dotar as famílias de mais conhecimentos sobre a doença... e de melhores competências de comunicação e resolução de problemas, que facilitam a gestão de stresse no quotidiano e nas crises acidentais (pessoais, familiares).

1.5. INTERVENÇÕES PSICOEDUCATIVAS

Como tem vindo a ser mencionado ao longo do trabalho a doença oncológica afeta psicologicamente as pessoas doentes e familiares. A necessidade dos técnicos de saúde disporem de tempo para a pessoa oncológica no sentido de maximizar a sua capacidade de deteção da depressão clínica e subsequente tratamento, permite estabelecer uma relação compreensiva e empática, validando a existência e o sofrimento da pessoa. A articulação dos oncologistas e profissionais de cuidados paliativos com as equipas de saúde mental é fundamental para a prestação de cuidados de qualidade a pessoas com doença oncológica. Pelo que é necessário um plano terapêutico global integrando os cuidados somáticos e psiquiátricos com inclusão do apoio à família em todas as fases da doença. Os profissionais de saúde devem estar atentos aos aspetos psicológicos da pessoa e ter formação que lhes permita intervir de forma adequada junto da mesma e da família (Trancas et al., 2010).

A literatura sugere a eficácia de algumas modalidades de intervenções como a psicoeducação para estas pessoas (Maia e Correia, 2008). As abordagens psicoeducativas visam melhorar a compreensão da doença pelas pessoas e suas famílias e, desta forma, melhorar o seu comportamento e atitude face à doença (Afonso, 2002).

De acordo com World Schizophrenia Fellowship (1998) citado por Pereira et al (2005), os objetivos fundamentais das abordagens psicoeducativas são:

- Conseguir os melhores resultados clínicos e funcionais para a pessoa com doença mental, através de abordagens que integram a colaboração entre os profissionais de saúde, famílias e pessoas doentes.
- Aliviar o sofrimento dos membros da família, apoiando-os nos seus esforços para potenciar a reabilitação da pessoa doente de quem cuidam.

Relativamente às abordagens psicoeducativas direcionadas às famílias os objetivos consistem:

- Legitimar a doença - através de informação da doença, suas limitações e proporcionar expectativas realistas em relação à pessoa doente.
- Reduzir as emoções negativas – muitas vezes as emoções negativas, tais como, a raiva, a culpa, depressão, ansiedade são inevitáveis e os familiares sentem-se sozinhos com suas experiências com a doença. A educação tem a finalidade aliviar os familiares desses sentimentos.
- Incentivar a cooperação da família no plano de tratamento – através de intervenções terapêuticas.
- Melhorar as competências da família na monitorização da doença – através do conhecimento sinais e sintomas de recaídas da doença assim como o conhecimento do tratamento farmacológico.

Alguns autores apontam a psicoeducação como mais eficaz durante a fase de diagnóstico ou pré-tratamento da doença oncológica. Isto deve-se ao facto de ser uma fase em que a pessoa e família necessitam de informação abundante e significativa. Por outro lado, a terapia de grupo tem sido indicada para a fase mais avançada da doença. A psicoeducação tem sido apontada como sendo eficaz na redução de sintomas depressivos e no apoio à pessoa para lidar com stresse psicológico (Maia e Correia, 2008). Os mesmos autores sugerem exemplos de conteúdos a abordar em programas psicoeducativos com pessoas com doença oncológica baseados em vários autores:

- Informação e educação de conteúdos relacionados com a saúde
- Competências de resolução de problemas
- Gestão de stresse
- Suporte psicológico
- Informação sobre o cancro
- Informação sobre os tratamentos possíveis
- Estratégias de coping eficazes para lidar com a doença
- Informação sobre a doença, tratamentos e efeitos secundários
- Como intensificar a comunicação entre doente e equipa de saúde

- Conferir *empowerment* não só a pessoas doentes como os seus cuidadores e família através de pequenas experiências comportamentais e materiais psicoeducativos
- Apresentar estratégias específicas que reforcem as mensagens educacionais apresentadas e que ajudem a pessoa doente a lidar com os efeitos secundários

De acordo com Helgeson e Cohen (1996) as pessoas com cancro consideram mais benéfico intervenções psicoeducacionais que discussões de grupo com efeitos a vários níveis: mecanismos de autoestima, recuperação de sensação de controlo, sentimento de otimismo em relação ao futuro, atribuição de novos significados à experiência e promoção do processamento emocional (Maia e Correia, 2008).

Tofani e Vaz (2007) recomendam a existência de um espaço próprio para o homem com cancro da próstata em que suas angústias sejam trabalhadas, sendo adequado além do tratamento orgânico, uma intervenção com suporte afetivo-emocional.

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS)

O PIS surge em contexto de estágio e possibilitou a aquisição e desenvolvimento de Competências comuns e específicas do EEESMP. Foi realizado de acordo com a Metodologia de Projeto.

A Metodologia de Projeto centra-se num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução, promovendo uma prática baseada em evidência. Para Barbier (1993, p.20) um projeto apresenta-se como “uma condição prévia ou um acompanhamento intelectual da produção de uma mudança”.

Para Bernard (2002) o projeto conduz á reflexão. E pode relacionar-se com três aspetos da experiência da ação no futuro: o que queremos alcançar ou realizar; o trabalho preparatório, o esboço, a representação antecipada do que se quer fazer; a intenção que subjaz à ação com a sua orientação de valor.

Para Leite *et al* (2001) o projeto centra-se na investigação, análise e resolução de problemas, ou seja, é um conjunto de técnicas e procedimentos utilizados para estudar alguma realidade social que permite prever, orientar e preparar os caminhos que os intervenientes irão fazer da realização do projeto. (Ruivo, Ferrito, Nunes *et al.*, 2010)

A prática do projeto reconhece no indivíduo um sujeito autónomo face à sua própria aprendizagem, que pode analisar de modo crítico a realidade que o rodeia e prepara os meios necessários à modificação dessa realidade quando tal se justifique. O projeto parte de nós próprios, da nossa experiência e da perceção que temos das necessidades das pessoas recetoras dos cuidados de enfermagem. Por esse motivo elegemos o serviço onde exercermos funções, como local de estágio, devido ao contacto com pessoas com Cancro da próstata que realizam hormonoterapia em Hospital de Dia e á determinação em ajuda-los a tornar-se proactivos na consecução do seu processo de saúde.

A metodologia de projeto consiste num conjunto de etapas explícitas que

permitem produzir uma representação dinâmica antecipada de um processo de transformação do real que pressupõe uma previsão de mudança. Segundo Ruivo, Ferrito, Nunes *et al.* (2010) a metodologia de projeto é constituída por 5 fases:

- Diagnóstico da situação;
- Planificação das atividades, meios e estratégias;
- Execução das atividades planeadas;
- Avaliação
- Divulgação dos resultados obtidos.

No estágio I realizou-se o primeiro passo para a elaboração de um projeto de intervenção: o diagnóstico de situação. O estágio II e III é o *continuum* do projeto iniciado anteriormente e corresponde às restantes fases do projeto, com exceção da divulgação dos resultados obtidos que é demonstrado num artigo científico que se encontra em anexo I.

2.1. PROBLEMÁTICA

A doença oncológica é uma realidade com que cada vez mais cidadãos se têm de confrontar. A prevalência da doença oncológica é elevada, representando uma das principais causas de morte no mundo ocidental. Nos países industrializados o cancro é a segunda causa de morte logo após as doenças cardiovasculares. O acentuado desenvolvimento de novas capacidades terapêuticas (cirurgia, radioterapia, quimioterapia e terapêutica biológica), permitiu um aumento considerável da sobrevivência da pessoa com doença oncológica mas, muitas vezes, este ganho é conseguido à custa de graves efeitos adversos. (Pimentel, 2003).

Em Portugal diagnosticam-se entre 40 a 45 mil novos casos de cancro anualmente. O risco de um indivíduo desenvolver um cancro durante a vida é de cerca 50% e a de este ser a causa de morte é de 25%. Comparativamente com a União Europeia a mortalidade por cancro no nosso país aumenta mais de 6% por ano, sendo o país que se encontra em pior situação (Pimentel, 2006). Segundo as

taxas de mortalidade padronizadas por distrito, o risco de morrer por neoplasia é mais acentuado nos distritos de Setúbal, Lisboa, Faro e Porto e menor em Portalegre, Bragança e Viseu (DGS, 2002). Segundo a *Internacional Agency for Research on Cancer*, em 2012, o cancro com mais incidência na população portuguesa do sexo masculino é o cancro da próstata e é aquele com a quarta taxa de mortalidade mais elevada.

Neste cenário, a doença oncológica tornou-se uma das prioridades das políticas de saúde em Portugal (DGS, 2004). Em 2002 a DGS desenvolveu a Rede de Referência Hospitalar de Oncologia (2002) onde recomenda que é imprescindível que as unidades prestadoras de cuidados oncológicos interajam entre si, de modo estruturado, dada impossibilidade de a vastidão de conhecimentos e de técnicas associados ao tratamento dos doentes oncológicos ser abarcada, na sua globalidade, por uma instituição isolada. Assim, é fundamental a divisão explícita de campos de intervenção das diferentes instituições, aproveitando o máximo das potencialidades de cada uma delas.

A experiência de cancro da próstata é um acontecimento de vida que requer uma adaptação da pessoa doente e da família. O tipo de tratamento que será adaptado a cada pessoa, trás, normalmente, graves efeitos adversos que alteram a sua vida. O homem que realize hormonoterapia pode ter alterações como a ginecomastia, atrofia fálica, perda de libido e disfunção erétil. Isto provoca uma sobrecarga emocional e social que pode desencadear mudanças drásticas de papéis, alterações de atitudes e de comportamentos para enfrentar os problemas e de adaptação a essas mudanças, com risco de desenvolver doença mental.

Segundo Pereira *et al.* (2003) citado por Correia (2010, p.1) na doença oncológica existe “sobrecarga emocional e social, quer devido à sobrevalorização da doença, quer devido a um estigma social, assumindo uma significação social com uma componente simbólica, associada à ideia de morte precoce”. Para Trancas et al. (2010) a ameaça sobre a existência faz com que se acompanhe frequentemente de perturbações emocionais, incluindo depressão clínica. Embora a sua determinação não esteja isenta de problemas metodológicos, esta pode afetar até 50% dos doentes, causando intenso sofrimento pessoal.

A prevalência da depressão clínica em pessoas com doença oncológica aponta

para uma amplitude significativa dos valores, tendo em conta a heterogeneidade das amostras e os diversos métodos e critérios de diagnóstico adotados. A localização do tumor, o tempo de evolução, o local da avaliação (enfermaria *versus* ambulatório) são alguns dos fatores que fazem oscilar a prevalência. A prevalência da depressão clínica situa-se entre 3 e 58%, variando com as características da população, o tipo de doença oncológica e seu estadiamento (Stiefel et al., 2001 e Massie, 2004 citados por Trancas et al, 2010).

A realidade das pessoas com cancro da próstata em tratamento hormonal é pouco conhecida na nossa sociedade incluindo os profissionais de saúde. A dor psicológica destas pessoas em hormonoterapia, por implicar a abordagem da sexualidade, muitas vezes não é monitorizada ou valorizada, o sofrimento é vivido no silêncio. Muitos homens sentem-se isolados e impossibilitados de partilhar os seus medos e demonstram dificuldade em lidar sozinhos com as suas limitações físicas, de suportar a interrupção brusca de sua atividade sexual, e de perder o seu papel dentro da família. A família, especialmente a esposa ou companheira(o), deve ser aconselhada e capacitada para se tornar parte integrante e fundamental do processo terapêutico e a enfermagem tem o seu papel como fator de motivação e educação dos mesmos. A própria família tem diversas necessidades de cuidados de enfermagem que têm de ser atendidos.

É responsabilidade da enfermagem executar uma avaliação abrangente das necessidades da pessoa doente e família no sentido da promoção da saúde mental e prevenção da doença mental.

Caplan (1980) defende três níveis de intervenção preventiva no modelo de saúde pública para a doença mental e perturbações emocionais:

- Prevenção primária – envolve a redução da taxa da incidência de um distúrbio mental numa população durante um certo período de tempo, neutralizando as circunstâncias perniciosas antes que elas tenham oportunidade de causar doença
- Prevenção secundária – envolve reduzir a prevalência de um transtorno mental, reduzindo o número de casos existentes.
- Prevenção terciária – destina-se a reduzir a gravidade de um transtorno

mental e as deficiências associadas por meio da reabilitação.

Segundo Caplan (1980) a prevenção primária é um conceito comunitário, procura reduzir o risco de em toda uma população de modo que, embora alguns possam adoecer, o seu número seja reduzido. Quando um programa se ocupa de um indivíduo, este é visto como o representante de um grupo, o seu tratamento é determinado não só pelas suas necessidades mas em relação á extensão do problema da população que ele representa e aos recursos disponíveis para o enfrentar. A informação recolhida a seu respeito é usada não só para formular um diagnóstico individual mas também para ajudar a fazer-se um diagnóstico da situação dos outros indivíduos daquela população.

Promover a saúde mental soa como algo otimista e positivo, implica mudar o comportamento humano e baseia-se numa abordagem holística á saúde. Para além disso, prevenir o desenvolvimento de uma doença mental traria muitos benefícios para os indivíduos, família e comunidade.

2.2. QUESTÕES DE PARTIDA

Este trabalho teve como perguntas de partida:

- Quais as necessidades identificáveis em cuidados de enfermagem nas pessoas com cancro da próstata em tratamento hormonal em Hospital de Dia?
- Que intervenções de enfermagem podem ser planeadas e realizadas para responder às necessidades identificadas?
- Qual o resultado das intervenções de enfermagem?

2.3. OBJETIVOS DO PIS

De acordo com as questões colocadas, delineámos o seguinte objetivo geral:

- Conhecer as necessidades das pessoas com cancro da próstata em tratamento

hormonal em Hospital de Dia num centro hospitalar para a promoção da sua saúde e prevenção da doença mental.

Traçámos como objetivos específicos:

- Identificar as necessidades em cuidados de enfermagem das pessoas com cancro da próstata que iniciam tratamento hormonal em Hospital de Dia;
- Planear intervenções de enfermagem de forma responder às necessidades identificadas;
- Desenvolver intervenções de enfermagem em saúde mental de forma a dar resposta às necessidades identificadas;
- Avaliar as intervenções de enfermagem desenvolvidas;

2.4. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O diagnóstico da situação é a primeira etapa na realização da metodologia de projeto e visa identificar um problema de saúde através da utilização de instrumentos de colheita e análise da informação.

O diagnóstico de situação citando Ruivo, Ferrito, Nunes et al. (2010, p.10) “visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação problema identificada, ou seja elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar”.

Tavares (1990), refere que, o diagnóstico de situação, representa as necessidades de saúde da população, caracterizando-se por ser dinâmico pois descreve continuamente e com atualizações constantes a situação. Caracteriza-se também por ser alargado, aprofundado, claro e sucinto, e por ir de encontro às necessidades da fase de planeamento.

Para além de identificar o problema, deve consolidar a análise do contexto económico e social onde o problema se insere, assim como, as potencialidades e os mecanismos de mudança existentes, após a identificação dos riscos e causas

prováveis. É importante também selecionar os recursos e grupos intervenientes, uma vez que qualquer mudança necessita de envolvimento de toda a equipa.

Para Imperatori e Giraldes (1982) da correção, perfeição e profundidade do diagnóstico dependerão as seguintes etapas do projeto. Pelo que é necessário dispor de informações seguras, adequadas e recentes. O conhecimento dos fatores que determinam a situação é dos pontos mais importantes e difíceis do diagnóstico. As necessidades de saúde de uma população constituem a parte fundamental do diagnóstico. As necessidades determinadas pelos técnicos complementam-se com as necessidades sentidas pela população. As necessidades sentidas pela população podem ser distintas em expressas e não expressas, cuja percentagem em relação ao total das necessidades sentidas é muito variável segundo o contexto socioeconómico e o tipo de serviços de saúde existentes. Os mesmos autores salientam que em muitos casos as necessidades expressas podem coincidir com a procura, consumo ou utilização de serviços de saúde mas também pode não corresponder a uma necessidade real da população mas dever-se a uma oferta exagerada ou injustificada dos serviços de saúde. Pelo que a procura não será o elemento principal do diagnóstico. A situação ideal para a elaboração do diagnóstico da situação é conseguir coincidir quatro condições: as necessidades determinadas pelos técnicos, as necessidades da população sentidas e expressas e a oferta de serviços de saúde.

Nesta etapa, Segundo Ruivo, Ferrito, Nunes et al. (2010) definem-se os problemas quer quantitativa quer qualitativamente. Apontam-se as causas prováveis e estabelecem-se prioridades, para que se organizem os recursos e de seguida o grupo interveniente. Para a elaboração do diagnóstico de situação, existem variados métodos aos quais podemos recorrer: a entrevista, o questionário, assim como métodos de análise da situação, designadamente a análise SWOT (a mais comum), Cadeia de Valores, FMEA e Stream Analysis.

2.5.1 – Colheita de dados

Para a colheita de dados e, de modo a dar resposta á primeira questão levantada, foram utilizadas duas técnicas: a observação e a entrevista. As entrevistas foram realizadas ao grupo de enfermeirasdo HD e a um grupo de clientes em tratamento

hormonal do HD.

Ruivo, Ferrito, Nunes et al. (2010, p.13) indicam que de acordo com a metodologia de projeto no método de análise de situação a **observação** também é um instrumento válido a utilizar: “à utilização dos métodos está implícita a observação do contexto e das pessoas todos os intervenientes e atividades, sendo o ponto de partida para sua correta e fiável utilização.”. Segundo Fortin (1999) a observação pode ser direta quando visa descrever os componentes de uma dada situação social a fim de extrair topologias desta ou, quando permite identificar o sentido da situação social por meio da observação participante. Para Carmo e Ferreira (1998) observar é seleccionar informação pertinente através dos sentidos e com recurso á teoria e á metodologia científica para poder descrever, interpretar e agir sobre a realidade em questão.

Ao observar e refletir sobre os cuidados de enfermagem prestados no HD da UFU, consideramos que existem algumas necessidades, que passamos a expor no seguinte quadro.

OBSERVAÇÃO	NECESSIDADES
<p>Existe uma atenção especial das enfermeiras para que a família acompanhe o doente e seja envolvida nos cuidados, com o intuito de se promover a continuidade de cuidados e suporte psicológico. Mas se na prática existe esse acompanhamento contínuo, não existem registos que comprovem esse esforço: nem sempre se regista a estrutura familiar ou se existe suporte social.</p> <p>Os registos são elaborados sem linguagem comum</p> <p>Na primeira consulta pede-se a comparência da esposa onde é explicado a ambos a importância do apoio mútuo, da tolerância/partilha, para ultrapassarem esta fase. É feito o ensino sobre as consequências do tratamento hormonal. As restantes secções baseiam-se nas dúvidas do doente/família, não existe um plano de intervenção.</p>	Folha de colheita de dados
	Registos em linguagem CIPE Secções de psicoeducação estruturadas

Quadro 2 – Observação dos cuidados de enfermagem

Para Fortin (1999) a **entrevista** é um modo de comunicação verbal que se estabelece entre o investigador e os participantes e que permite, colher informações junto dos participantes, relativas aos factos, às ideias, aos

comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas, às atitudes. Trata-se de um processo planejado que preenche geralmente três funções: servir de método exploratório para examinar conceitos, relações entre as variáveis e conceber hipóteses; servir de principal instrumento de medida de uma investigação e servir de complemento a outros métodos.

Entrevistámos um **grupo de enfermeiras** com experiência na área do atendimento aos clientes em hormonoterapia ou com disfunção erétil. Benner (2001, p.22) descreve “cinco níveis de competências na prática clínica de Enfermagem: “iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito”. Segundo a mesma autora, a perícia nasce da experiência. As enfermeiras desenvolvem ao longo da sua prática tanto o conhecimento clínico como uma estrutura moral que aprendem com o outro. Neste sentido, defende que os domínios e as competências relacionam uma mistura entre teoria e experiência. Com o passar do tempo, os conhecimentos clínicos e os julgamentos afirmam-se e melhoram. Este conhecimento prático que se adquire com o tempo, muitas vezes, passa despercebido sendo difícil descrever a experiência, a avaliação rápida que uma enfermeira experiente faz dos doentes. Esta avaliação é feita, normalmente, sobre o conjunto da situação e não de elemento por elemento seguindo um procedimento elementar. A perita tem uma enorme experiência, “compreende, (...)de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p.58).

Todas as enfermeiras entrevistadas trabalham no Internamento e Hospital de Dia da UFU. Todas têm como grau académico a Licenciatura. Todas desempenham funções nesta unidade há mais de 8 anos com uma média de exercício profissional de 20 anos e média de idades de 43 anos.

Para Fortin (1999) a entrevista distingue-se em entrevista estruturada ou uniformizada e entrevista não estruturada ou não uniformizada. Mesmo sendo mais flexível a entrevista não estruturada apresenta diversos graus de estrutura, pode ser parcialmente estruturada ou inteiramente não estruturada.

Nas **entrevistas às enfermeiras** do HD utilizámos a entrevista parcialmente estruturada por esta permitir ao participante desenvolver melhor a sua ideia acerca da questão colocada. Neste tipo de entrevista Fortin (1996, p.247)

acrescenta que “o entrevistador apresenta uma lista de temas a cobrir, fórmula questões a partir destes temas e apresenta-os ao respondente segundo uma ordem que lhe convém. O objetivo visado é que no fim da entrevista todos os propostos tenham sido cobertos.”

Após o consentimento para a participação na entrevista, procurou-se explicar o mais claramente possível sobre o que se tratava o projeto. Utilizou-se um guião com dois temas a explorar, colocando-se duas questões abertas: 1) Quais as necessidades da pessoa com cancro da próstata a realizar hormonoterapia em HD do Centro Hospitalar? 2) Como pode a enfermeira intervir para aumentar os processos de *coping* destes clientes? Os registos das entrevistas foram feitos por gravação de telemóvel e transcritas para papel.

Nas **entrevistas aos clientes**, por entender que se trata de um assunto de difícil abordagem, optou-se por realizar entrevistas informais, nomeadamente, a entrevista clínica. Carmo e Ferreira (1998) baseando-se em Grawitz (1993) consideram três grupos de entrevistas: Entrevistas predominantemente informais, entrevistas mistas e entrevistas predominantemente formais. Em relação às entrevistas predominantemente informais divide em entrevista clínica e entrevista em profundidade. A entrevista clínica é utilizada em contextos terapêuticos, caracterizada por uma quase total liberdade dada ao entrevistado na sua resposta e na sua abundância e profundidade de informação que são partilhadas. Caracteriza-se por um número de perguntas reduzido, quase sem ordenação, focadas na vivência pessoal do cliente o que conduz a respostas eminentemente subjetivas. A facilidade de análise quantitativa é reduzida.

Para Fortin (1999) as entrevistas menos estruturadas desenrolam-se como uma conversa informal, as questões emergem do contexto. Burgess (2001) refere-se á forma como alguns investigadores (Oakley, 1981 e Wakeford, 1981) têm criticado a entrevista estruturada por colocar o entrevistador numa relação não natural com aqueles que são analisados. As entrevistas não estruturadas raramente são conduzidas isoladamente; fazem frequentemente parte de um programa de investigação e utilizam o conhecimento que o investigador tem da situação atual.

Percebemos que a relação terapêutica já existente iria facilitar a expressão das

experiências vividas destes clientes para melhor compreender as suas necessidades, que, frequentemente, estão ocultadas, no seu dia-a-dia, mas ao mesmo tempo, reconhecemos que a dificuldade em abordar de uma forma formal o aspeto da sexualidade foi um fator preponderante na decisão. Num estudo realizado por Serrano (2005) em Portugal, numa amostra em que 93% da amostra eram enfermeiros, concluiu-se que os técnicos de saúde sentem dificuldade em abordar os assuntos da sexualidade referindo como principais motivos fatores profissionais o receio da reação da pessoa doente, a falta de iniciativa própria e da própria e fatores pessoais, como por exemplo, o facto de considerarem a sexualidade um assunto pessoal e da intimidade de cada um e ser difícil de abordar.

As entrevistas informais foram desenvolvidas no decorrer do atendimento de enfermagem ao cliente que recorre para administração de tratamento hormonal. Estes clientes frequentam a consulta para administração de terapêutica hormonal onde, habitualmente, é facultado algum tempo para esclarecimento de dúvidas e expressão de emoções. Optou-se por atitudes como a empatia, autenticidade e especificidade. O silêncio foi utilizado moderadamente no sentido de encorajar o doente a assumir um papel ativo. Durante estas entrevistas informais procurou-se aperceber sobre as necessidades mais afetadas dos clientes ao realizar este tratamento e as estratégias de *coping* que cada um utilizou no sentido de participar ativamente na resolução do seu problema durante o decorrer do tratamento.

Entrevistámos informalmente 13 clientes no atendimento de enfermagem do HD. Os dados recolhidos foram registados, em colaboração com uma enfermeira do Hospital de Dia, no processo dos clientes, para continuação dos cuidados e foi registada uma apreciação global da entrevista imediatamente após.

2.4.2 – Análise dos dados

Nas **entrevistas das enfermeiras** foi realizada uma caracterização da população na primeira parte da entrevista e na segunda utilizou-se a análise de conteúdo segundo Laurence Bardin (1995).

Bardin (1995, p.9) define a análise de conteúdo como “Um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais subtis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a «discursos» (conteúdos e continentes) extremamente diversificados.”

No que respeita aos dados recolhidos, as categorias não são mais do que grupos de unidades de registo, tendo sido construídas após a recolha de dados. Na perspetiva de Bardin (1995) a categorização pode empregar dois processos inversos: o sistema de categorias é fornecido ou o sistema de categorias não é fornecido. A organização da codificação, compreende três escolhas: o **recorte** (escolha das unidades), a **enumeração** (escolha das regras de contagem) e a **classificação e a agregação** (escolha das categorias). “A escolha das unidades de registo e de contexto, deve responder de maneira pertinente (pertinência em relação às características do material e face aos objetivos da análise).” (Bardin, 1995, p.104). A unidade de registo corresponde ao segmento de conteúdo que podemos considerar como unidade de base e visa a contagem frequencial. A unidade de contexto serve para compreensão, para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, com dimensão superior à unidade de registo. No fundo, serve para se compreender o significado da unidade de registo. Por exemplo, pode ser a frase para a palavra. A frequência é a medida normalmente utilizada, a importância de uma unidade de registo aumenta com a frequência de aparição.

Tendo como base de análise as respostas obtidas, efetuou-se a sua categorização na tentativa de agrupar as opiniões dos elementos entrevistados. Após o estabelecimento das categorias, foram criadas subcategorias (quando necessário), para uma maior especificação das respostas obtidas.

Na primeira pergunta as respostas das enfermeiras, em relação às necessidades mais afetadas dos clientes do HD, foram agrupadas em três categorias: Alteração da sexualidade, Implicações psicossociais e Hábitos de vida.

Em relação á primeira categoria: “Alteração da sexualidade”, uma enfermeira (E1) refere salvaguardando que “primeiro o doente está preocupado em livrar-se do cancro a seguir é que pensa no resto...” Embora a sexualidade seja considerada por todas como a necessidade mais afetada, referem que está dependente da

idade: (E1), “Sexualidade, especialmente os senhores mais novos...”. A subcategoria “Dificuldade na expressão da sexualidade” foi mencionada com 10 unidades de enumeração, todas estão de acordo que os clientes apresentam dificuldade em expressar os seus problemas quando o assunto é a sexualidade, como se pode verificar nas seguintes unidades de registo: (E1): “Com o tempo... contam-nos as suas preocupações... com que têm mais confiança.”; (E2): “Falar... frontalmente... eles inibem-se...”; (E3), “... eles não abordam muito a situação...”.

Na segunda categoria, “Implicações Psicossociais”, a subcategoria mais mencionada foi a “alteração da autoestima” com 11 unidades de enumeração. Nesta subcategoria evidencia-se a alteração da autoestima devido à ginecomastia: (E1), “...alteração da imagem corporal devido à ginecomastia”; (E2): “... um senhor que diz que não vai à praia... ele chorou... a contar isto...”; (E3): “... um senhor que foi fazer cirurgia plástica...”. Outras subcategorias também mencionadas são a solidão, tentativa de suicídio, a vergonha, a depressão, adesão terapêutica e a violência conjugal. Pode-se destacar a vergonha de tomar a medicação, com quatro enumerações sobre alguns doentes esconderem a medicação para (E2), “...ninguém saber que estão a fazer esta medicação...” e também a falta de adesão terapêutica com 4 enumerações onde pode-se destacar (E1), “... falta de adesão terapêutica devido à disfunção erétil...”; (E2), “abandonam por um tempo... os mais novos”.

Na categoria “Hábitos de vida” está dividida em “Hábitos alimentares incorretos” e “Falta de exercício físico”. Devido aos efeitos adversos da hormonoterapia é importante a promoção de hábitos de vida saudáveis e houve uma enfermeira que deu importância a esta categoria mencionando-os.

Em relação à segunda pergunta, as respostas foram em função de duas categorias: “Perceção dos registos” e “Perceção sobre psicoeducação”. Quanto à subcategoria “Perceção dos registos” todas as enfermeiras concordaram que é importante a existência de uma folha de colheita de dados e a necessidade de um guia orientador para estruturação da segunda consulta em diante. Quanto à categoria “Perceção sobre a psicoeducação” todas foram unânimes em considerar a psicoeducação como uma mais-valia para o cliente e família.

Nas **entrevistas informais realizadas aos clientes** do HD podemos verificar que cada pessoa enfrenta a situação de uma forma individualizada. Alguns homens tiveram mais facilidade em expressar-se que outros. Certos clientes desviavam o assunto ou pareciam não perceber a orientação da conversa, outros estavam mais preocupados com a sua situação socioeconómica.

Assim, três clientes referiram não terem problemas em relação à realização de tratamento hormonal. Outros três clientes mencionaram necessidade de desistir da medicação, dois por estarem fartos de tomar medicamentos e outro doente refere querer voltar a “ser homem”. Este último deu bastante importância à sua disfunção sexual porque sentia necessidade de encontrar uma namorada. Também referiu uma situação interessante, que é o facto de esconder nos bolsos a medicação hormonal enquanto aguarda na sala de espera, refere que já sentiu discriminação perante este facto e que não quer que ninguém saiba que está a fazer este tipo de medicação. Em relação à dor mamária ou ginecomastia, quatro clientes mencionaram esta situação como sendo bastante preocupante e um impeditivo para andarem em “tronco nu” ou ir à praia, um dos senhores referiu que teve necessidade de recorrer inclusive à cirurgia plástica referindo que foi mais difícil ultrapassar esta situação do que a disfunção erétil. Quatro clientes referiram sintomas físicos como afrontamentos, vómitos (apenas no início) e dores osteo-articulares. A filha de um cliente referiu que o pai está muito preocupado com a atrofia do pénis devido ao facto de não conseguir urinar para o urinol sem se sujar.

Os clientes com mais facilidade em expressarem-se, durante as conversas alternaram momentos em que expressavam desespero, vivido especialmente no início do tratamento, primeiro devido ao estigma que o diagnóstico de cancro significa e depois com o surgimento da disfunção erétil, a dor mamária e a ginecomastia, alternando com momentos de otimismo e de aceitação. Cada um dos senhores que mencionou dificuldades também demonstrou, de forma peculiar, possuir mecanismos de *coping* na busca de equilibrar as suas dores emocionais e físicas, durante a vivência das adversidades. Muitos passaram a revalorizar a família e seus relacionamentos afetivos, as “pequenas coisas” como alguns mencionaram... Dois dos senhores ficaram viúvos durante o início do

tratamento pelo que referiram que a disfunção erétil foi preocupante e desconfortável mas sem constituir um “problema sério”. Um desses senhores encontrou uma nova companheira mais velha e, que quando confrontada com a situação, entendeu e aceitou a convivência com o mesmo. As impressões que obtivemos estão de acordo com os estudos apresentados na fundamentação teórica.

2.4.3 - Diagnósticos de Enfermagem

Após a síntese dos dados resultantes das entrevistas, passamos à formulação dos diagnósticos, estes correspondem às necessidades de saúde da população em causa consideradas mais pertinentes e prioritárias a abordar. Esta etapa permite criar um mapa cognitivo sobre a situação - problema identificado sobre a qual se pretende atuar e mudar.

Quanto á classificação dos diagnósticos utilizou-se como orientação Amaral (2010), que descreve diversos focos de enfermagem em Saúde Mental e a CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) versão Beta 2 (2002). Este instrumento estabelece uma linguagem comum para descrever a prática de enfermagem; estimula a investigação; descreve os cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade; representa conceitos usados nos locais e nas áreas de especialidades da prática de enfermagem; torna possível a comparação dos dados; propicia dados sobre a prática de enfermagem que possam influenciar a educação e as políticas de saúde e estimula a investigação de enfermagem. Constitui uma matriz unificadora composta por Fenómenos, Intervenções e Resultados de Enfermagem.

Foco Impotência sexual

Conceito: “ Tipo de Virilidade Masculina com as características específicas: incapacidade de atingir a ereção do pénis ou, com menos frequência, de ejacular quando atingida a ereção, associada a fatores psicológicos ou fisiológicos como a idade, fadiga, mau estar de saúde, uso de drogas por doença.” (CIPE, 2002, p.41)

Diagnóstico: Impotência sexual presente

Dados: Expressão de preocupação em relação á sexualidade alterada

Intervenções de enfermagem:

- Escutar ativamente
- Assistir o cliente a identificar o seu papel na família
- Encorajar a comunicação do cliente com a companheira
- Encorajar outras formas de expressão sexual com a companheira
- Encaminhar para o urologista para reajuste terapêutico ou posterior encaminhamento para outras especialidades ou intervenção familiar, se necessário

Foco Imagem corporal

Conceito: “Tipo de Autoconceito com as características específicas: imagem mental que cada um tem do seu próprio corpo, de partes do seu corpo e da sua aparência física.” (CIPE, 2002, p.54)

Diagnóstico: Imagem corporal alterada

Dados: - Recusa em usar determinado vestuário

- Renitência em tocar na parte corporal afetada (mamas ou pênis)
- Disfunção social devido às características físicas

Intervenções de enfermagem:

- Analisar expetativas do cliente sobre a imagem corporal
- Assistir o cliente a determinar a extensão das mudanças no corpo
- Assistir o cliente a identificar ações que melhorem a aparência ou disfarcem a ginecomastia
- Assistir o cliente a identificar as partes do corpo associadas a percepções positivas
- Avaliar se a percepção da imagem corporal cria uma paralisia social disfuncional
- Encaminhar para urologista para reajuste terapêutico ou posterior

encaminhamento para outras especialidades, se necessário

Foco Coping

Conceito: “ Tipo de Adaptação com as características específicas: disposição para gerir o *stress* que constitui um desafio aos recursos que o individuo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel autoprotetores que o defendam contra ameaças subjacentes que são apercebidas como ameaçadoras de uma auto-estima positiva; acompanhado por um sentimento de controlo, diminuição do *stress*, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológico.” (CIPE, 2002, p.50)

Diagnóstico: *Coping* ineficaz

Dados: -Não adota comportamentos promotores da redução de *stress*

- Incapacidade em atingir os objetivos dos papéis e necessidades
- Recursos de garantir auto-estima positiva, ineficazes ou mal utilizados

Intervenções de enfermagem:

- Escutar ativamente
- Apoiar experiência cultural e espiritual do cliente (Estimular identificação de valores de vida)
- Assistir cliente a avaliar objetivamente a sua situação
- Apoiar tomada de decisão
- Encaminhar para urologista para reajuste terapêutico ou posterior encaminhamento para outras especialidades, se necessário

Foco Conhecimento

Conceito: “ Tipo de pensamento com as características específicas: conteúdo específico do pensamento com base em sabedoria adquirida ou em informação e

competências aprendidas; domínio e reconhecimento da informação.” (CIPE, 2002, p.45)

Diagnóstico: Conhecimento não demonstrado

Dados: O cliente/família demonstra/verbaliza não possuir conhecimentos sobre a Doença, Regime terapêutico, Hábitos de saúde e estratégias de *coping*

Intervenções de enfermagem:

- Facilitar a aprendizagem ao cliente/família através de secções de psicoeducação
- Motivar disposição para aprender

Torna-se evidente que os diagnósticos de enfermagem apresentados neste projeto são comuns às necessidades encontradas em outros estudos.

Schnoll et al. (1998) que considera o diagnóstico e tratamento do cancro um acontecimento ameaçador ou um estímulo que desencadeia um processo de avaliação e uma resposta de *coping*, os quais, determinam o resultado emocional da experiência. A avaliação determina o grau em que o estímulo representa uma ameaça, uma perda ou um desafio, enquanto as respostas de *coping* que sucedem em função daquela avaliação, representam esforços cognitivos e comportamentais que visam gerir os impactos criados resultantes daquelas exigências internas e externas. (Pais-Ribeiro et al., 2003).

Para Souza (2012) uma alimentação e um estilo de vida adequados permitem prevenir a maioria dos cancros e podem ser um instrumento complementar potente para combater a doença.

Pessoas com doença oncológica que recuperaram e sentiram a sua a doença como uma crise para a saúde física e psíquica afirmando que, ao reestruturarem hábitos de vida, como a alimentação e exercício físico e modificaram comportamentos, atitudes, sentimentos e crenças, influenciaram, involuntariamente, o seu metabolismo e seu sistema imunológico (Barcellos, 2008).

Tofani e Vaz (2007) realizaram um estudo com doentes com cancro da próstata ante a apresentação de cartões IV e VI do Rorschach e verificou que os sentimentos de impotência e fracasso estão presentes nos doentes estudados.

Para as mesmas autoras (2007, p.203) “o sentimento de impotência repercute como uma ferida” na vida dos homens com cancro de próstata. Embora haja uma evolução em termos de tratamento, observa-se que “por se tratar de um órgão que afeta a sensibilidade sexual masculina, o sentimento de impotência está presente em todos” os participantes, mesmo naqueles com impotência transitória.

Para Branco (2005, p.248) “sendo o enfermeiro o elemento da equipa de saúde que mais tempo contacta com o cliente, o seu papel é fundamental na promoção da saúde e na prevenção das doenças. A sua função de acompanhamento próximo e frequente junto das pessoas (doentes ou não) deve privilegiar a educação em saúde, a aquisição de hábitos saudáveis, a descoberta de novas motivações e de outros fatores determinantes do comportamento”.

2.5- PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO

Esta fase constitui próxima etapa da metodologia de projeto. A fase de planeamento é a fase mais criativa do projeto permite, com base nas informações recolhidas na fase do diagnóstico, estabelecer um plano detalhado das atividades a desenvolver, definir meios e estratégias, identificar os recursos, identificar os obstáculos (condicionantes), bem como a elaboração do cronograma.

A reflexão sobre a ação, embora permanente em todas as etapas deste percurso, é aqui fundamental para que possam ser adotadas medidas corretivas, no sentido de contornar os eventuais contratemplos imponderáveis, de forma a não comprometer os objetivos definidos para o projeto. Para Couceiro (1995, p.13) “Refletir sobre a experiência é abri-la a novas possibilidades, utilizando-a para compreender uma dada atividade, elaborar novos saberes, mudar as condições para que eles possam exprimir-se e desenvolver-se”. Esta atitude, baseada na reflexão é que permite a construção de saberes e diferentes cenários alternativos na prática clínica.

Tendo em conta os diagnósticos de enfermagem formulados foi decidido a elaboração de uma folha de colheita de dados e a realização de sessões de psicoeducação.

A intervenção foi pensada tendo em vista que estávamos perante um grupo de pessoas que têm diante deles um diagnóstico já por si muito complexo acrescentando o fato de ser administrada uma terapêutica que devido aos seus efeitos secundários trazem grandes alterações na sua vida sexual e outras alterações físicas. São pessoas que, na sua maioria, não têm doença mental associada mas que têm pela frente uma circunstância que reveste-se de características que provocam uma sobrecarga emocional e social.

Caplan (1980) recomenda a promoção da saúde mental entre os membros da comunidade que não sofram concretamente de quaisquer distúrbios, na esperança de reduzir o risco de que não venham a ser mentalmente perturbados. Acredita que a inclusão da prevenção primária resultará numa reduzida capacidade para desenvolver esforços psiquiátricos nas áreas da prevenção secundária e terciária pelo que recomenda programas comunitários para esse fim.

Com base no diagnóstico da situação e das necessidades destes clientes a do atendimento de enfermagem optou-se pela elaboração de uma folha de colheita de dados e sessões de psicoeducação.

1) Folha Colheita de dados

Para Corrêa et al. (2008) a colheita de dados é fundamental para todo o processo de enfermagem, constituindo o alicerce no qual se baseiam as etapas seguintes. Vale ressaltar que todas as decisões e intervenções de enfermagem são baseadas nas informações obtidas neste momento.

É na fase de colheita de dados que, segundo Amaral (2010), se estabelece o vínculo terapêutico, onde o enfermeiro:

3. Identifica a razão da busca de ajuda;
4. Avalia os fatores de risco relacionados à segurança do cliente;
5. Avalia as necessidades psíquicas, biológicas e sociais do cliente.

Para além disso a documentação facilita a comunicação entre os membros da equipa de saúde, promove a continuidade dos cuidados, reflete os cuidados e serve como registo legal do cuidado fornecido.

Na prática diária da equipa de enfermagem do HD da UFU observou-se a inexistência de uma folha de colheita de dados. Ao conversar-se com a equipa e enfermeira coordenadora chegou-se á conclusão da sua necessidade como forma de fundamentar a prática. A elaboração da folha de colheita de dados foi solicitada em linguagem CIPE por ser o instrumento de classificação utilizado pelo hospital.

2) Sessões de Psicoeducação

Para Vinogradov e Yalom (1992) os grupos não-psiquiátricos podem servir para um tratamento especializado. Podem ser usados como grupo de educação e apoio para familiares e indivíduos com doenças crónicas ou em determinadas condições médicas, como por exemplo grupos de apoio para pessoas com cancro, com diabetes, com hipertensão. São chamados os grupos de orientação comportamental, cognitiva e educacional. Estes grupos focalizam-se em mudanças definidas de um determinado padrão de comportamento. Podem ou não fazer uso explícito de técnicas específicas de terapia cognitiva ou comportamental, mas compartilham objetivos similares de promoção de mudança no comportamento mal-adaptados doentes e frequentemente mostram aspetos comuns de natureza estruturada, afiliação fechada e duração limitada. São grupos que estão organizados em torno de um processo de doença comum e ocorrem num local de atendimento médico (unidade de oncologia, unidade de hemodiálise, hospitais de dia). São conduzidos por profissionais de saúde mental e outros profissionais de saúde com treino especializado na doença e no seu tratamento. Estes grupos podem seguir um modelo determinado com filiação estabelecida para um determinado número de sessões, ou podem ter uma natureza contínua, abertos a membros numa base de livre ingresso, com vários tópicos discutidos, quando surgem espontaneamente no grupo. Os familiares ocasionalmente são incluídos no grupo. No caso das intervenções realizadas os familiares foram incluídos no grupo.

A escolha pela psicoeducação nesta fase do projeto foi o resultado de uma pesquisa bibliográfica extensa desde a fase do diagnóstico da situação. Tendo em conta o objetivo geral do Projeto pareceu-nos a melhor forma de poder ajudar o Outro, no sentido de proporcionar uma melhor adaptação à sua situação de

saúde. Com esta intervenção procurou-se promover uma intervenção o mais eficaz possível, evitando, assim, o desenvolvimento de doença mental.

Colom e Vieta (2004) recomendam a psicoeducação como intervenção-chave para ampliar a adesão ao tratamento e para melhorar o desfecho no longo prazo, não somente em transtornos bipolares e em outras condições psiquiátricas, mas também em condições médicas graves.

Alguns autores apontam a psicoeducação como mais eficaz durante a fase de diagnóstico ou pré-tratamento da doença oncológica. Isto deve-se ao facto de ser uma fase em que a pessoa e família necessitam de informação abundante e significativa. A psicoeducação tem sido apontada como sendo eficaz na redução de sintomas depressivos e no apoio à pessoa com doença oncológica para lidar com stresse psicológico (Maia e Correia, 2008). Os mesmos autores sugerem exemplos de conteúdos a abordar em programas psicoeducativos com pessoas com doença oncológica baseados em vários autores:

- Informação e educação de conteúdos relacionados com a saúde
- Competências de resolução de problemas
- Gestão de stresse
- Suporte psicológico
- Informação sobre o cancro
- Informação sobre os tratamentos possíveis
- Estratégias de coping eficazes para lidar com a doença
- Informação sobre a doença, tratamentos e efeitos secundários
- Como intensificar a comunicação entre doente e equipa de saúde
- Conferir *empowerment* não só a doentes como os seus cuidadores e família através de pequenas experiências comportamentais e materiais psicoeducativos
- Apresentar estratégias específicas que reforcem as mensagens educacionais apresentadas e que ajudem o doente a lidar com os efeitos secundários

Souza e Araújo (2010) realizaram um estudo com pessoas que iniciaram tratamento de quimioterapia por ocasião da proposta de intervenção onde os resultados sugerem que a intervenção de Psicoeducação foi eficaz para promover estratégias de enfrentamento adaptativas (foco no problema e busca de suporte social), diminuir o uso de estratégias focalizadas na emoção, reduzir nível de *distresse* e melhorar a Qualidade de Vida dos participantes.

As sessões psicoeducativas para Vinogradov e Yalom (1992) devem ter como principais objetivos: 1) humanizar o ambiente do tratamento; 2) melhorar a adesão ao tratamento; 3) instilar esperança nos membros e 4) oferecer informações sobre problemas específicos de saúde e sobre alterações necessárias no estilo de vida. Os mesmos autores recomendam começar pelas preocupações principais dos doentes e o impacto da doença.

Assim as sessões de psicoeducação tiveram como objetivo:

- Transmitir informação sobre a doença e dar suporte no momento em que o diagnóstico é divulgado ou o início do tratamento hormonal
- Esclarecer quanto aos efeitos colaterais do tratamento e fornecer competências para lidar com estes
- Fomentar a participação ativa e positiva do doente durante o tratamento
- Preparar a família para o possível surgimento de modificações comportamentais no cliente
- Facilitar a comunicação entre o cliente e a equipa multidisciplinar
- Ajudar a família e o cliente a exprimirem os seus medos, expectativas e emoções
- Fornecer informação sobre hábitos de saúde e alterações necessárias no estilo de vida.

As intervenções psicoeducativas foram planeadas com base em estratégias motivacionais, educacionais e cognitivo-comportamentais.

Optou-se por **estratégias motivacionais** no sentido de interessar a pessoa para o tema e a ajudar no desenvolvimento de um sentimento de confiança quanto ao seu futuro. Para Ruíz (2004) motivação e aprendizagem estão intimamente

ligados pelo que utilizou-se a motivação com o intuito do cliente aprender a informação e competências necessárias de forma a obter resposta às suas necessidades.

Para Henriques (2006) as **estratégias educacionais** incluem o fornecimento de informação escrita ou oral e material audiovisual e programas individuais ou de grupo. A utilização destas estratégias teve como finalidade disponibilizar informação essencial à pessoa sobre a sua doença e estratégias de prevenção da doença mental e promoção da saúde mental.

As **estratégias cognitivo-comportamentais** envolvem a aplicação sistemática de princípios de aprendizagem para ajudar as pessoas a obter e a utilizar informação. Segundo Rey e Hassan (2006) a técnica de reestruturação cognitiva procura desafiar diretamente as crenças irracionais ou disfuncionais, modificando-as ou substituindo-as por outras mais adaptativas. Estas estratégias ajudam a pessoa a olhar de um modo alternativo para as situações, de um modo mais adaptativo e preciso.

As intervenções psicoeducativas foram planeadas tendo como conceptualização teórica subjacente o Modelo Conceptual de Hildegard E. Peplau. Na nossa perspetiva é um modelo teórico que possibilita ao enfermeiro planejar intervenções ajustados às necessidades do doente com cancro da próstata, a realizar hormonoterapia em Hospital de Dia na perspetiva da saúde mental porque se centra no desenvolvimento da relação terapêutica entre a pessoa e um enfermeiro formado para reconhecer e responder às necessidades do mesmo. A aplicação do modelo dá oportunidade às enfermeiras de ensinarem aos clientes com cancro da próstata em tratamento hormonal a exprimirem os seus sentimentos e a lidarem com estes, através do uso da comunicação e a aplicação de determinadas dinâmicas de forma a manter, melhorar ou recuperar a sua saúde mental.

Peplau Valoriza o Homem numa perspetiva integral, afirma a capacidade do indivíduo, tanto no reconhecimento das suas próprias necessidades, como também na sua tendência para a atualização. Imprime uma perspetiva diferente na abordagem à doença, considera-a como uma experiência humana que pode conduzir a um processo de crescimento, desde que a pessoa compreenda a sua significação. Pressupõe uma nova orientação do cuidado de enfermagem, isto é,

privilegia a relação interpessoal, apelando ao desenvolvimento da intuição e da dimensão humana e relacional no profissional de enfermagem (Tomey e Alligood, 2004).

A enfermagem é, então, perspectivada como um processo interpessoal, intencional que ocorre entre duas pessoas, uma que precisa de ajuda e outra que é capaz de a dar, partindo do princípio que a Pessoa é um ser integral, responsável, capaz de identificar as suas necessidades e de se realizar. Neste contexto, considera o mal-estar como uma experiência humana inevitável, e dar-lhe sentido permite que a mesma se torne numa experiência de desenvolvimento.

A enfermagem pretende configurar-se como um processo terapêutico onde a pessoa orienta o conteúdo da relação para aquilo que a preocupa e o enfermeiro orienta o processo. A relação interpessoal emerge como o eixo principal nesta conceção de cuidado, pois é através da mesma que se torna possível promover o processo de maturação do cliente, sendo este o objetivo final da intervenção de enfermagem.

2.6. EXECUÇÃO DA INTERVENÇÃO

Esta etapa é a fase em que é materializada a ação e visa colocar em prática todas as atividades planeadas anteriormente. Para Ruivo, Ferrito e Nunes (2007) esta fase assume uma importância significativa para os autores do projeto porque possibilita a realização das suas vontades e necessidades através das ações planeadas.

Para Castro *et al.* (1993) nesta fase é fundamental a procura de dados que contribuam para a resolução do problema identificado segundo a divisão de tarefas e gestão do tempo previamente estabelecidos. Para Nogueira (2005) a fase da execução embora seja a mais trabalhosa é a mais proveitosa, sendo esperado que o interesse seja constante, dado que quanto maior o interesse, maior será o processo de pesquisa, experimentação, descoberta e, por isso, a potencialização das diferentes competências. (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2007)

1) **Folha colheita de dados**

O conteúdo da colheita de dados foi pensado em linguagem CIPE como estrutura referencial para a avaliação inicial do paciente. Segundo Amaral (2010) com a CIPE o enfermeiro tem a possibilidade de elaborar diagnósticos padronizados em qualquer parte do mundo. A CIPE permite avaliar os resultados sensíveis aos cuidados mediante as respostas às intervenções de enfermagem, permitindo, ainda, a documentação do trabalho em suporte informático.

Na fase de estruturação e desenvolvimento de um instrumento de colheita de dados estabelecer e monitorizar a confiabilidade e a validade são questões essenciais. A validade de conteúdo envolve o julgamento por enfermeiros com vasta experiência profissional (Perroca e Gaidzinski, 1998).

Segundo Polit (1995) está relacionada com a adequação da amostra à área de conteúdo a ser medida, sendo relevante em pesquisas para medir o conhecimento sobre um determinado assunto. A validade de conteúdo é necessariamente baseada no julgamento, não havendo meios objetivos de fazê-lo. (Corrêa et al, 2008).

A elaboração do conteúdo foi efetuada com base na opinião das enfermeiras do HD com mais de cinco anos de exercício profissional tendo como suporte a Técnica de Delphi. A técnica de Delphi é “um método de obtenção de opiniões e critérios de um conjunto de especialistas”. (Cunha e Peniche, 2007, p.153)

Até à elaboração do instrumento final foram realizadas 2 fases:

Fase 1:

- 1** – Elaboração dos critérios de seleção dos juízes: foram convidadas enfermeiras da consulta de hormonoterapia com mais de 5 anos de experiência e a enfermeira responsável do serviço. Correspondeu ao total de seis enfermeiras, as quais aceitaram participar com sugestões.
- 2** - Entregou-se o instrumento inicial às 3 enfermeiras que realizam hormonoterapia e à enfermeira chefe do serviço acompanhado pela explicação do que se pretende. Foi ainda solicitada a devolução no prazo de uma semana. Após a devolução do instrumento, este foi modificado conforme as sugestões das enfermeiras.

Fase 2:

- 1 - O instrumento de registo modificado foi reenviado às enfermeiras com novo prazo de devolução de uma semana.
- 2 - Encerrou-se a colheita de opiniões uma vez que não se obteve mais sugestões e obteve-se o instrumento final.

O instrumento inicial da folha de colheita de dados foi constituído por 14 partes. As enfermeiras sugeriram algumas alterações na disposição do documento e o acrescento de alguns itens como está descrito em quadro 2:

Parte	Sugestão	Nº de enf	Resultado
1	<ul style="list-style-type: none">Colocar item com "idade"Colocar item com "Religião"Colocar nome do médico	1 1 1	Procedeu-se a todas as alterações
2	<ul style="list-style-type: none">Modificar estrutura em relação ao tratamento atual e anterior	1	Procedeu-se a essa alteração
4	<ul style="list-style-type: none">Acrescentar item com "DPOC"	1	Procedeu-se a essa alteração
9	<ul style="list-style-type: none">Acrescentar item com "Perda de peso"	1	Procedeu-se a essa alteração
10	<ul style="list-style-type: none">Acrescentar vivência ou reação da parceira na situação atual	1	Não se alterou. É inserido este item no guia de orientação no preenchimento
15	<ul style="list-style-type: none">Sugestão de "avaliação das estratégias de coping"	1	Não se alterou, são as estratégias usadas habitualmente pelo cliente em situação de stresse. A avaliação é feita em notas de evolução nos seguintes atendimentos.
Elaboração de guia de orientação no preenchimento do instrumento		5	Elaborou-se guia de orientação
Colocar Item para "observações"		2	Procedeu-se a essa alteração

Quadro 3 – Alterações sugeridas pelas enfermeiras

Após as alterações sugeridas e encerramento de novas sugestões deu-se o documento como finalizado. Procedeu-se a orientação individual a cada enfermeira do HD da UFU em relação ao preenchimento da folha de colheita de dados.

2) Sessões de Psicoeducação

Para as secções de Psicoeducação foram selecionados os clientes que iniciavam hormonoterapia pela primeira vez. Para Guimarães e Contel (2009) O grupo pode ser aberto, no qual ocorre rotatividade de membros; ou fechado onde permanecem os mesmos durante um período limitado de tempo. Os grupos constituídos para as intervenções psicoeducativas foram abertos devido ao fato de o tratamento hormonal não é o mesmo para todos os clientes o que implica diferentes programações para administração da terapêutica.

Segundo Vinogradov e Yalom (1992) a duração de um grupo psicoterapêutico consiste na vida do grupo ou seja, o número de sessões durante as quais o grupo se encontra. A vida de um grupo de clientes em ambulatório é mais variável do que em pessoas em internamento. Estes podem existir apenas para uma sessão ou podem ser de longo prazo e ter um número indefinido de sessões, renovando periodicamente os seus membros. Contudo, outros tipos de grupos de clientes em ambulatório usam um esquema de tempo limitado, especialmente se focalizarem um problema específico.

Para o projeto em questão foram inicialmente estipuladas o número de quatro sessões. Mas por motivos de intervalo entre a necessidade da toma da medicação, disponibilidade dos clientes e do pagamento de taxa moderadora para os clientes que ainda não tinham tratado da sua situação de isenção foi reduzido o número para três.

As intervenções de psicoeducação foram apresentadas em diapositivos com os seguintes temas principais decorrentes dos diagnósticos de enfermagem formulados:

- Primeira Sessão – “Compreender o cancro da próstata e o tratamento hormonal”
- Segunda Sessão – “Gestão de stresse ”
- Terceira Sessão – “Hábitos de saúde”

Para cada sessão foi elaborado um plano para cada sessão. A **primeira sessão**

foi realizada com o intuito de fornecer informação sobre as alterações anatómicas, fisiológicas devido à sua doença e alterações que poderão ocorrer da terapêutica que vai iniciar para uma melhor compreensão da sua vivência, bem como do seu comportamento diante da doença. Reconhecer e considerar o desconforto gerado pelo cancro de próstata e pelo seu tratamento deve ser preocupação da enfermeira. O sofrimento psíquico por ele gerado é de fundamental importância para o acompanhamento e a reabilitação do cliente.

No final da sessão escolhemos mostrar uma imagem de uma célula a combater uma célula cancerígena no sentido de procurar uma atitude positiva e ativa na sua reabilitação. O sistema imunológico é fortemente afetado pelos sentimentos e determinados tipos de atitude psicológica podem influenciar positivamente nosso sistema de defesa (Barcellos, 2008).

Na **segunda sessão** escolhemos falar sobre a “gestão do stresse”. O ajustamento mental ao cancro segundo Greer, Moorey, e Watson (1989) pode ser definido como respostas cognitivas e comportamentais dadas por um indivíduo ao diagnóstico de cancro. Folkman e Lazarus (1988) que definem *coping* como esforços cognitivos e comportamentais para gerir exigências específicas, internas e/ou externas, que são avaliadas como excedendo ou que estão nos limites dos recursos do indivíduo. Estas definições diferem num aspeto importante para Nordin et al. (1999): enquanto *coping* é um esforço cognitivo e comportamental intencional, o ajustamento mental pode envolver também reações emocionais involuntárias a acontecimentos ameaçadores. Assim, as estratégias de *coping* podem conduzir a um melhor ou pior ajustamento mental (Pais-Ribeiro et al., 2003)

A pessoa tem de adquirir novas competências que lhe permitam adaptar-se à sua situação de doença e ao impacto emocional da mesma, o que por vezes implica ajustamentos psicossociais significativos: mudanças de comportamento; aumento dos cuidados de higiene pessoal e dieta alimentar diária; adaptação e ajuste aos sintomas secundários dos tratamentos e alterações físicas; em alguns casos interrupção na atividade profissional; acréscimos e dificuldades económicas; dificuldades ao nível das relações interpessoais; medo da morte e sentimentos de culpa que possam surgir. (Correia, 2010).

A **terceira sessão** incidiu sobre os hábitos de saúde. Os cientistas têm apontado alguns alimentos como benéficos para a prevenção e tratamento do cancro. Estudos populacionais verificaram existir fatores dietéticos causadores protetores de doenças prostáticas. A dieta ocidental é rica em gordura e relativamente pobre em fibras. A dieta oriental ao contrário é relativamente pobre em gordura e muito rica em fibras, essencialmente vegetais e frutas. Existe tendência em admitir a gordura como um fator cancro da próstata, embora ainda não se tenha confirmação absoluta. Independentemente do que está comprovado a nível da influência sobre os hábitos saudáveis na cura do cancro, está mais que provado a sua interferência na prevenção da obesidade e doenças cardiovasculares ou mesmo sobre a condição física do indivíduo.

Durante as sessões procurou-se reconhecer a ligação entre esforço e resultado, o elogio, encorajando o cliente e família a agirem como capazes de fazer as suas próprias escolhas e a adaptar as suas atividades às necessidades. O ensino interativo na tentativa da pessoa aprender a informação processando-a ativamente através da discussão com outra pessoa. Para ocorrer esta aprendizagem aplicou-se pausas na apresentação da informação para recolha da reação e perspetiva da pessoa, falar sobre o significado da informação e clarificar quaisquer dúvidas que surgiram. O estilo interativo transmite à pessoa que tem contribuições importantes a fazer no seu processo de aprendizagem e que a enfermeira está interessada no que ela tem a dizer. A frequência da avaliação variou de pessoa para pessoa mas, por vezes, foi solicitado aos clientes fazerem um resumo da informação para se perceber quais as áreas que foram bem compreendidas e quais necessitavam de maior clarificação.

Nestas sessões procurou-se lidar com emoções negativas ou com os mitos e crenças sobre a sexualidade numa tentativa da pessoa descrever sentimentos e crenças para poder ser ajudada a avaliar a exatidão das suas crenças e verificar um modo alternativo de olhar a situação. Durante as sessões enfatizou-se que os sentimentos são resultado de pensamentos que muitas vezes são imprecisos e que podem ser modificados tendo como base a análise da evidência.

Durante as várias intervenções surgiram oportunidades para Instruir sobre Técnicas de relaxamento (relaxamento progressivo), sobre habilidades de

comunicação e sobre de resolução de problemas. É importante salientar que, durante as intervenções, houve o cuidado de utilizar inicialmente o termo “problema de saúde” ou “patologia da próstata” em vez de cancro da próstata, sendo que o mesmo era substituído pelos termos utilizados pelo paciente ou familiares para designar a sua doença. Foi dada atenção a sintomas sugestivos de depressão dos doentes e família tais como, estados de baixa energia, em geral relacionados com a afetividade, e que se caracteriza pelo humor deprimido ou irritabilidade, perda de interesse ou do prazer, muitas vezes acompanhada de sensações de mal-estar físico e de sentimentos como falta de coragem, desânimo, falta de autoconfiança, inércia, sentimento de pesar e pessimismo sistemático. Observou-se as posturas, gestos que indicassem melancolia, apatia ou passividade. Sempre que se detetou alguma situação sugeriu-se encaminhamento e comunicação ao urologista Segundo Montegory (2000) a depressão tem sido difícil de diagnosticar. Uma das razões pode ser devido ao período médio de tempo destinado a uma consulta de ser insuficiente para identificar de imediato os sintomas psiquiátricos. A ausência e a crítica do seu próprio estado também contribui para reduzir a hipótese de diagnosticar a depressão.

2.7. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Nesta fase chega o momento de se verificar se os objetivos planeados foram atingidos. Segundo Ruivo, Ferrito e Nunes (2007, p.24) “ as avaliações são momentos onde se questiona o trabalho desenvolvido, sendo que podem estar ou não prescritas”. É um momento que promove a identificação de pistas para projetos futuros, caminhos alternativos ou estratégias.

Para Tavares (1999) a avaliação deve ser precisa e pertinente. A sua função é determinar o grau do sucesso na conquista de um objetivo. A avaliação faz uma confrontação entre objetivos e estratégias seleccionadas, ao nível da adequação.

A operacionalização do projeto decorreu num clima de confiança e partilha. Durante o seu percurso, procedeu-se a uma avaliação constante, obtendo o *feed*

back da equipa do Hospital de Dia e dos clientes o que levou à possibilidade de ir fazendo um percurso evolutivo do trabalho desenvolvido.

Outro aspeto a salientar foi a realização de reuniões com o orientador e tutora de estágio que ajudaram o planeamento do projeto. Foram abordadas as necessidades destes clientes tendo em conta a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. As reuniões de tutoria permitiram acompanhar, supervisionar e orientar a aprendizagem, exercendo uma influência na atuação e nos resultados do projeto.

1) Folha de Colheita de Dados

O instrumento proposto foi formulado com a finalidade de facilitar a identificação de necessidades dos clientes e a formulação de diagnósticos de enfermagem para posteriores intervenções adequadas. O instrumento final obtido e, após a sua aplicação, foi considerado fundamental pela equipa na sua prática diária.

Para trabalho futuro sugere-se a elaboração do guia de preenchimento de orientação da folha de colheita de dados que tem como objetivo facilitar o preenchimento e uniformizar as informações nos diferentes campos da folha de colheita de dados. Também se sugere a verificação final do instrumento através de estudo piloto ou pré-teste verificando se o conjunto de itens é abrangente e representativo sobre o assunto em foco.

Inicialmente pode ser realizada uma dramatização de entrevista por duas enfermeiras (entrevistadora e entrevistada) no sentido de simular possíveis situações de serem encontradas com os doentes e daí melhorar os dados e posteriormente a aplicação do instrumento a um número reduzido de doentes. Devem ser anotadas o tempo de duração, questões de difícil interpretação, dificuldades de cada entrevistadora para abordagem ao entrevistado e aplicação do instrumento e sentimentos sentidos. O pré-teste pode servir para se encontrar dificuldades na realização do teste, tais como: falta de prática no manuseio do instrumento, falta de fluência e insegurança. Em geral, vai permitir que as entrevistadoras possam vivenciar a melhor maneira de realizar determinadas perguntas e de como manusear adequadamente o Guia de colheita de dados.

2) Sessões de Psicoeducação

No total foram 9 clientes participantes nas várias sessões, com uma média de idades de 70 anos, cujo mais novo com 51 anos e o mais velho com 82 anos. Todos os clientes tinham como estado civil: casado, escolaridade: antiga 4ª classe e religião católica.

Devido a condicionantes de urgência em iniciar o tratamento hormonal dois clientes tiveram a primeira sessão individualmente. As restantes sessões foram realizadas com dois e três clientes.

Como apreciação global destas intervenções psicoeducativas verificou-se que a psicoeducação feita individualmente foi menos dinâmica e por isso menos enriquecida mas possibilitou ao cliente ser mais autêntico e mais expressivo dos seus medos. Enquanto a psicoeducação em grupo favoreceu maior espaço para a comunicação e interação. Isto está de acordo com Silva, Loureiro e Sousa (2004) que mencionam como vantagem de grupo o facto de o grupo ser um facilitador de mudança e de criar relações sociais com benefícios sobre o estado emocional, como desvantagem lembram que nem sempre a comparação pessoal com terceiros é benéfica se por exemplo o doente se encontrar numa situação desfavorável e também o fato de poder inibir a utilização de determinados mecanismos de defesa.

Nas várias sessões, por meio da compreensão das experiências subjetivas dos clientes submetidos a tratamento de hormonal, perceber-se que desenvolvem maior contato com sua condição humana, pois se aproximam, cada vez mais, das suas emoções, até então, evitadas, ou mesmo, reprimidas. Alguns clientes e principalmente as esposas expressavam sentimentos de desespero, com medo do futuro, especialmente clientes mais jovens e com filhos pequenos. Segundo Macêdo (2008) o momento do diagnóstico de cancro da próstata foi considerado por todos os participantes do seu estudo o momento mais estressante e significativo da sua vida. Outros clientes manifestavam sentimentos de otimismo e de aceitação. Aparentemente, pelo que foi expresso neste grupo de clientes, os clientes demonstraram possuir mais mecanismos de defesa na busca de equilibrar as suas dores emocionais do que as esposas à exceção de um cliente

em que a situação era inversa. A esse cliente foi oferecida ajuda para encaminhamento ao qual o cliente ficou de considerar essa possibilidade.

Nas intervenções psicoeducativas enfatizou-se outras formas de expressão que a sexualidade pode assumir e que podem ser vivenciadas com os despectivos parceiros. Outro fator abordado foi o relacionamento com sua parceira, que, em geral, companheira de há bastante tempo e com a qual mantém fortes vínculos emocionais. Tal suporte pode incentivar o doente a enfrentar a doença de maneira mais positiva, ou, até mesmo, o tratamento com melhores expectativas de cura e, conseqüentemente, com possibilidade de dar continuidade as suas funções pessoais e ou profissionais em condições desejadas. A maioria dos clientes manifestou apresentar disfunção erétil que associavam à idade ou a problemas cardiovasculares. Apenas 3 clientes referiram vida sexual ativa. Isto está de acordo com Fleury et al., (2011) que referem que para além da idade, a sexualidade pode ser afetada por outros fatores, tais como presença de doenças crónicas debilitantes ou incapacitantes, uso de medicamentos que inibem a libido, alterações fisiológicas, cirurgias e estados emocionais negativos. Em doentes com cancro, estes fatores tendem a coexistir no curso da doença, no tratamento (devido à quimioterapia e radioterapia, cirurgias e hormonoterapia). Por essa razão, as disfunções sexuais são frequentes em doentes oncológicos.

Todos os clientes tinham conhecimento da situação de disfunção erétil como resultado do tratamento que iriam iniciar, informação fornecida pelo seu urologista. Todos manifestaram aceitar a situação como condição de sobrevivência ao cancro. Segundo a opinião de uma das enfermeiras peritas entrevistadas para o diagnóstico da situação: (E1) - "Primeiro o doente está preocupado em livrar-se do cancro a seguir é que pensa no resto...". O que está de acordo com Otto (2000) que refere que após o diagnóstico e tratamento, ultrapassado o medo da morte, este concentra-se na sequela pelo que o impacto da autoimagem será maior se a sexualidade for afetada. Um dos clientes com disfunção erétil devido a uma doença cardíaca anterior referiu aceitar a situação mas que era "o maior desgosto da vida" e que era a família (especialmente os netos) que lhe dava "ânimo para viver".

Cada doente enfrenta o cancro de forma bastante individualizada, o que pode ter

diversas implicações, desde a relação com sua família, até ao sentido da sua vida. Segundo Macêdo (2009) a família assume, durante o tratamento do cancro da próstata, um papel importante de apoio, principalmente, se há abertura e disponibilidade para o diálogo e a solidariedade. A mulher, geralmente, desempenha uma função impar ao lado do cliente, oferecendo-lhe apoio incondicional, mesmo diante da possibilidade de mudanças na sua vida sexual, decorrentes dos efeitos colaterais do tratamento. Naqueles em que existiam fortes vínculos familiares percebeu-se uma melhor postura de enfrentamento da doença. Dos nove clientes, oito vieram acompanhados na primeira sessão (5 acompanhados pela esposa, 2 por filhos e 1 pelo genro). Na segunda e terceira sessões, 4 clientes compareceram sozinhos.

Dos clientes participantes um cliente referiu que não podia falar sobre a sua situação oncológica com a esposa porque sofria de depressão crónica pelo que sentia medo em agravar a sua situação mas tinha o apoio da filha e netos. Outro cliente manifestou dificuldade em expressar sentimentos à sua parceira, havendo acusações de parte a parte. Esta situação foi onde sentimos maior dificuldade na gestão de tempo, na capacidade de improvisação e gestão de debate. Foi necessário utilizar como atitudes a confrontação, a especificidade e a imediatez que Chalifour (2008) considera como variáveis essenciais numa intervenção terapêutica. A finalidade destas atitudes é, evitar generalizações, abstrações e termos imprecisos, tentar realçar os problemas emocionais do cliente, manifestar a discordância ou incoerências percebendo as contradições entre o que o cliente diz e faz; e ainda, clarificar e situar o cliente em relação aos seus próprios sentimentos.

A avaliação foi registada em folha de avaliação da sessão. Foi realizada uma avaliação no final de cada sessão através de diapositivos

A avaliação da primeira sessão constituía de três perguntas decerto e errado e uma pergunta em que era pedido enumeração de três sintomas adversos ao tratamento hormonal. Tivemos como resultados: 92,3% dos clientes respondeu acertadamente a pelo menos duas perguntas. 30,7% dos clientes acertaram nas respostas todas. Apenas um cliente teve dificuldade em demonstrar qualquer tipo de aprendizagem referindo dificuldade em se expressar e em adquirir

conhecimentos devido relatando esquecimento para fatos recentes e passados. Esse doente veio acompanhado pela esposa na primeira sessão mas nas seguintes veio sozinho por questões laborais da esposa.

Na segunda sessão, a avaliação era constituída por três perguntas. Na primeira, era pedido para mencionar qual o acontecimento de vida que tenha causado maior stresse. Todos os clientes referiram que a situação presente era o acontecimento de vida que provocou maior stresse. Também referiram situações de doenças na família, como o caso de incapacidade física e depressão da esposa, a morte de um irmão e cunhado. Em relação à segunda pergunta que pedia para identificar os sintomas do efeito do stresse, os doentes tiveram mais dificuldade em responder: 23% dos doentes não souberam identificar, 23% dos doentes referiram sudorese e na mesma percentagem (7,69%) referiu diarreia, aperto no peito e palpitações.

Na terceira sessão, a avaliação constituía de um pedido: “Numa frase simples, diga o que significou para si estas sessões...” Por se tratar de uma frase de resposta aberta podemos referir como apreciação global que alguns doentes e familiares manifestaram que sentiram como um peso que foi tirado, outros doentes referiram sentirem-se esclarecidos. Houve um doente com dificuldade em manifestar-se devido á dificuldade que tinha em ter um discurso fluente mas referiu que gostou muito de conversar com as enfermeiras.

Ao fazer uma análise global das sessões, concluímos que o seu impacto foi significativo porque promoveu situações de aprendizagem aos doentes e família. O envolvimento de toda a equipa levou a uma maior vinculação dos clientes aos cuidados de enfermagem que se refletiu numa melhoria da qualidade dos cuidados prestados, contribuindo, desta forma, para a promoção da saúde mental dos doentes.

Estes resultados são apoiados por outros autores. Colom e Vieta (2004) recomendam a psicoeducação como intervenção-chave para ampliar a adesão ao tratamento e para melhorar o desfecho no longo prazo em condições médicas graves. São chamados os grupos de orientação comportamental, cognitiva e educacional. Estes grupos focalizam-se em mudanças definidas de um determinado padrão de comportamento. Podem ou não fazer uso explicita de

técnicas específicas de terapia cognitiva ou comportamental, mas compartilham objetivos similares de promoção de mudança no comportamento mal-adaptados doentes e frequentemente mostram aspetos comuns de natureza estruturada, afiliação fechada e duração limitada. São grupos que estão organizados em torno de um processo de doença comum e ocorrem num local de atendimento médico (unidade de oncologia, unidade de hemodiálise, hospitais de dia).

Souza e Araújo (2010) realizaram um estudo com pessoas com doença oncológica que iniciaram tratamento de quimioterapia por ocasião da proposta de intervenção onde os resultados sugerem que a intervenção de Psicoeducação foi eficaz para promover estratégias de enfrentamento adaptativas (foco no problema e busca de suporte social), diminuir o uso de estratégias focalizadas na emoção, reduzir nível de *stress* e melhorar a Qualidade de Vida dos participantes.

Durante o acompanhamento do grupo fomos vivenciando a nossa própria análise, Esta experiência deu-nos suporte pelo conhecimento das nossas vivências, da importância das regras, da forma de estar do terapeuta e dos limites terapêuticos. O conhecimento que adquirimos sobre nós, desempenhou um papel preponderante na capacidade de perceber as nossas respostas de contratransferência e de reconhecer as nossas distorções pessoais.

Fomos compreendendo todo o processo da condução de um grupo e apercebemo-nos que a intervenção do terapeuta não é fácil em que determinadas situações, quanto menor for, maior será a intervenção dos elementos do grupo, proporcionando a sua interação. Fomos ajustando os nossos conhecimentos teóricos a par e passo com o desenrolar das sessões.

2.8 – DIVULGAÇÃO DOS DADOS

Esta é a última fase da Metodologia de Projeto. Segundo Ruivo, Ferrito e Nunes (2010) a divulgação dos resultados possibilitará conhecimento dos esforços realizados na melhoria dos cuidados, fornece de informação científica e serve de exemplo para outros serviços e instituições.

A divulgação dos dados deve ser, em nossa opinião, um recurso usual na prática de enfermagem dado que permite a aquisição de conhecimentos científicos e desta forma uma prestação de cuidados com maior qualidade, ou seja, uma prática baseada na evidência.

Na etapa de divulgação dos dados apresentou-se as intervenções realizadas e os seus resultados em termos de ganhos em saúde dos clientes à equipa de enfermagem e foi elaborado um Artigo científico (Apêndice I).

3. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DE MESTREEM ENFERMEGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

O desenvolvimento de competências é uma preocupação constante em todo o processo de formação do enfermeiro. Nesta perspectiva, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, que tem por base o guia de orientação do Conselho Internacional de Enfermeiros, considera competência “um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar” (Ordem dos Enfermeiros, 2004, p.16). Sobre este conceito, Collière (1999, p.290) afirma que “(...) a competência da Enfermagem baseia-se na compreensão de tudo o que se torna indispensável para manter e estimular a vida de alguém, procurando os meios mais adaptados para o conseguir”.

Cada um tem que desenvolver as suas próprias competências para cada situação profissional e utilizar os seus recursos no desenvolvimento das mesmas. “... não se pode ser competente em todas as circunstâncias porque cada situação que se vive é única e tem a sua complexidade própria.” (Hesbeen, 1998, p.73).

Le Boterf (1997) citado por Hesbeen (1998, p.74), defende que a competência apresenta a forma de um triângulo, apontando para a ação. Os seus três vértices combinam em:

8. Saber agir (Exige conhecimentos, habilidades e recursos do profissional)
9. Poder agir (depende do contexto organizacional, nomeadamente o tipo de gestão, meios disponíveis, informação)
10. Querer agir (a ação faz sentido para o profissional, ele possui boa imagem de si e autoconfiança e sente que é reconhecido pelo seu trabalho)

As competências e os comportamentos estão associados à consciência da

responsabilidade que se tem. “Um profissional que assume a sua responsabilidade moral é aquele que é capaz de responder pelos seus atos perante as pessoas de quem cuida diariamente” (Hesbeen, 1998, p.74).

A responsabilidade moral leva à ação mas a uma ação refletida que contribui para a inovação e qualidade dos cuidados, tal como refere Hesbeen (1998, p.75) “sejamos todos um pouco responsáveis e ofereçamos aos outros o que depende de nós, aquilo que podemos fazer e que depende da nossa iniciativa; sejamos, assim, todos os dias, um pouco mais audazes e criadores de qualidade, mesmo que modesta ou discretamente”.

A expressão de um perfil de competências visa, por um lado, promover um quadro regulador para a certificação das competências, e por outro, comunicar aos cidadãos os padrões de cuidados que podem esperar.

Segundo a Ordem Dos Enfermeiros (2011), o Enfermeiro Especialista detém “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais” (OE, 2011).

Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. A sua certificação pressupõe que o enfermeiro especialista detenha “um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção”. (OE, 2011, p.8649).

As competências específicas são competências que estão definidas para cada área de especialidade, por um grau de adequação dos cuidados às necessidades das pessoas num determinado campo de intervenção.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011) as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde mental são as seguintes:

- Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
- 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;
- Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, 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.

Cada competência é composta por um descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação.

Os diferentes campos de estágio e as Unidades Curriculares reuniram as condições essenciais para que atingir competências de Especialista em Enfermagem de Saúde mental e progredir no crescimento a nível profissional e pessoal. Passamos à descrição das competências de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, fundamentadas no Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

1. Demonstra competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem;

Ao longo dos estágios foi-se desenvolvendo uma capacidade cada vez maior na conceção, gestão e supervisão clínica dos casos que foram surgindo na consulta de enfermagem do HD. Esta consulta tinha como finalidade avaliar os problemas apresentados pelo cliente pelo foi elaborada uma folha de colheita de dados para uma intervenção de enfermagem adequada às necessidades detetadas.

O estágio realizado no DSMP do Centro hospitalar foi indispensável para atingir esta competência. As reuniões clínicas contribuíram para uma apreciação do que é discutido em equipa sobre cada cliente e estratégias de melhoria do seu processo terapêutico.

A participação nas entrevistas individuais realizadas pela enfermeira especialista da consulta de Psiquiatria foi útil para avaliar e analisar as necessidades que apresentavam e qual o tipo de intervenção que beneficiaram. Os clientes referiram sentir um apoio nestas entrevistas sentindo que podem falar sobre sentimentos e emoções que tem dificuldade em falar com a família. Sobre a relação de ajuda Chalifour (2008) assume-a como uma interação particular entre duas pessoas, o enfermeiro e o cliente, em que cada um contribui pessoalmente na procura da satisfação de uma necessidade de ajuda, apresentada por estes últimos. Para Salomé (1995) a entrevista de ajuda tem como objetivo a compreensão profunda do Outro, a descoberta da maneira como ele experimenta a situação de vida e a busca de meios ou recursos que permitam uma mudança.

Verificamos muitas das vezes a mudança que muitas vezes achamos correta para nós não é aquela escolhida pelos outros e temos que respeitar e apoiar a decisão da pessoa. Na condução do grupo terapêutico por nós acompanhado foi possível ter a perceção de problemas de outro tipo de intervenção complementar tal como um acompanhamento psicoterapêutico porque achámos que teria um efeito terapêutico para o próprio, a esposa também concordava com o diagnóstico e com a intervenção sugerida mas o cliente manifestava recusa e tivemos que aceitar embora o acompanhamento foi feito com mais regularidade.

Ao longo do estágio, efetuámos recolha de dados pertinentes à compreensão do estado de saúde mental dos clientes. Através das intervenções psicoeducativas procurámos avaliar a repercussão da doença oncológica para a saúde mental do indivíduo e família com a finalidade de chegar a um diagnóstico o mais próximo das necessidades sentidas pelos clientes não esquecendo a intervenção da família em todo este processo. Utilizando a capacidade de observação e habilidades de comunicação procurámos permitir a expressão verbal do cliente/família e ser capaz de interpretar a sua comunicação não-verbal. Tal como nos diz, Chalifour (1989, p.10), é preciso ser "... sensível aos diferentes meios de

comunicação e que o enfermeiro deve reconhecer, em primeiro lugar, qual o sentido que a informação tem no cliente”. Pretendemos não estar só presente nas palavras, mas também através da linguagem não verbal, como gestos, postura...

Em enfermagem, toda a ação a desenvolver deve fundamentar-se no integral respeito pelos direitos humanos, na liberdade e dignidade da pessoa humana, sem nunca discriminar em função de convicções políticas ou religiosas ou de diferenças (étnicas, sociais, económicas). Tal facto implica a consciência dos nossos próprios valores e crenças, de modo que estes não influenciassem a prestação de cuidados.

2. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas;

“A Enfermagem é a profissão que na área de saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível” (REPE, 1996).

Homogene King define a pessoa como: um ser espiritual; com capacidade para pensar, conhecer, fazer escolhas e selecionar vias de ação alternativas; com capacidade de através da sua linguagem e de outros símbolos registar a sua história e preservar a sua cultura; é um sistema aberto em transação com o ambiente; é único e holístico, de valor intrínseco e capaz de pensamento racional e de tomada de decisão na maior parte das situações; e difere nas suas necessidades, desejos e objetivos das demais pessoas (Tomey e Alligood, 2004).

Tomando como referência esta definição de pessoa, pode dizer-se que apesar dos clientes abrangidos pelo projeto terem a mesma patologia, cada um vivência a experiência à sua maneira. Cada pessoa atribui à sua doença e à sua recuperação significados diferentes. Assim, em certos casos, é difícil levar o cliente a expressar as suas vivências e sentimentos, atividade que pode ser facilitada se o enfermeiro recorrer às competências da Relação de Ajuda. Quando o cliente sente que é realmente aceite pelo enfermeiro, numa aceitação ausente

de atitude punitiva, de julgamento e crítica, sente confiança e rapidamente abandona as suas defesas. Sentindo-se compreendido e aceite tal como é...

No decorrer do estágio tivemos como objetivo o diagnóstico das necessidades dos clientes que frequentam o HD da UFU. Para chegarmos a esse diagnóstico recorreremos à observação e à entrevista. Seguidamente, os dados recolhidos foram analisados de modo a obtermos diagnósticos de enfermagem que nos serviram de base para planear a intervenção com vista ao empoderamento e bem-estar dos clientes do Hospital de Dia que iniciavam tratamento hormonal.

Devemos acrescentar que foi relevante a interação com a equipa multidisciplinar do DSMP, e as várias entrevistas não formais realizadas aos enfermeiros. A observação do dia a dia dos clientes e das suas rotinas, permitiu uma avaliação abrangente das necessidades, conhecer os diversos elementos da equipa de saúde, a sua postura, discurso e bem como formas de encaminhamento para a alta, com entidades que na comunidade que fazem de elo de ligação para promover a reinserção social foi uma mais-valia no processo de aprendizagem.

Segundo Peplau, a observação em enfermagem é um processo, que se obtém na relação com o cliente a partir da experiência do enfermeiro. Essas impressões tornam-se hipóteses a estudar, que permitem recolher dados para compilar e analisar posteriormente. Assim, acompanhar os clientes no seu dia-a-dia, desenvolvendo uma relação terapêutica com base na comunicação com os mesmos, permitiu-nos perceber quais as suas maiores necessidades.

Para além do enfermeiro usar a observação com o Outro é igualmente importante observar-se a si mesmo, tomando consciência do seu comportamento. O autoconhecimento passa pelo desenvolvimento das capacidades intelectuais, afetivas, físicas, sociais e espirituais. É estar consciente dos recursos pessoais, reconhecer as capacidades, dificuldades e defesas no decorrer da relação com o Outro. O enfermeiro deve conhecer o seu eu interno como as suas potencialidades e limitações. Se o enfermeiro não conhece e não aceita as suas limitações, terá dificuldade em aceitar as do cliente, tendendo a ignorá-las.

A capacidade de olhar para nós próprios, estar consciente da postura perante os Outros, é também uma forma de conseguir-se detetar os erros, mas também os sucessos. Ou seja, é no refletir e avaliar o dia-a-dia, estar presente no momento

com a outra pessoa que reconhecemos o significado das nossas intervenções e crescemos enquanto enfermeiro e pessoa. O contato com o nosso eu, valorizando a percepção dos referenciais internos, sentimentos, sensações, pensamentos e emoções foi fundamental para a construção como profissional. Tal como diz Rocha et al. (2003) é a partir do contato consigo mesmo, das descobertas de si, de sua subjetividade que vai se tornando apto para a escuta e o acolhimento do outro, tratando-se de ampliar a competência emocional.

Os vários estágios proporcionaram diferentes perspectivas de situações, emoções e sentimentos. Tivemos oportunidade de ter acesso às vivências masculinas da pessoa com cancro da próstata, que realiza tratamento hormonal. As várias intervenções realizadas foram fundamentais para compreender a dor psicológica destes homens reportando por vezes para sentimentos de alguma impotência na ajuda que poder-lhes-íamos dar. A comunicação foi melhorando ao longo do tempo pelo que a confiança também. As dúvidas e medos dos clientes e familiares são perfeitamente entendidas por nós devido a uma situação oncológica de um familiar próximo, tal como Rocha et al. (2003, p.379) refere citando Kestenberg (2000) “as dores das próprias feridas nos sensibilizam para a vulnerabilidade do outro”.

O estágio em Psiquiatria, contribuiu com algum desconforto no início. O facto da doença mental ser uma situação tão frequente: atinge um em cada quatro cidadãos fez-nos refletir sobre os condicionantes que podem levar à doença mental.

A atividade lúdico-terapêutica com outros colegas da especialidade no dia 15 de Março de 2012 aos doentes internados no DPSM, sentimos como um momento muito agradável e de viragem no desconforto sentido. Algumas pessoas com mais facilidade no discurso referiram sentirem-se compreendidos e em paz e harmonia, sendo um momento em que a mente “deixou de pensar”, segundo uma expressão de uma das clientes. Foi uma circunstância bastante positiva em que sentimos uma compreensão empática pelo menos de uma parte do sofrimento emocional daqueles clientes. Para Salomé (1995, p. 169) a compreensão empática é quando “aquele que ajuda ou assiste, compreende a outra pessoa a partir do ponto de vista dela. Reconhece ou sente o que, em determinado momento, é real ou

significativo para ela.” A empatia tal como salienta Salomé (1995) pressupõe o desenvolvimento ou crescimento de outra pessoa, ajudando-a a “amadurecer”, adaptar-se, integrar-se, ou aproveitar a sua própria experiência.

Algumas pessoas ficaram muito surpreendidos com as observações dos enfermeiros e com concordância dos outros clientes, como o caso de um cliente em que foi manifestado no grupo que tinha uma voz muito apropriada para rádio, o mesmo ficou muito satisfeito, uma vez que está ligado à área do cinema e no momento está desempregado, apontou como projeto futuro o investimento em formação nessa área. Outra cliente que verbalizava regularmente que tinha dificuldade em falar, ficou igualmente surpreendida quando foi devolvido que a sua vez era muito agradável e com um discurso muito fluente em que percebia-se bem a expressão dos seus sentimentos. A compreensão de alguns aspetos da forma dos clientes se relacionarem connosco ajudaram-nos a perceber algumas dificuldades e necessidades dessas pessoas. Pudemos encontrar clientes esquivos ao relacionamento com discurso circunstancial ou respostas curtas, evitando dar-se a conhecer, demonstrando dificuldades em criar ligações com os outros; clientes com dificuldade em desligarem-se da equipa na altura da alta demonstrando ansiedade pelo futuro.

A pesquisa sobre desenvolvimento pessoal permitiu adquirir conteúdos teóricos as quais promoveram um autoconhecimento, desenvolvendo competências pessoais e sociais no contexto das relações interpessoais e da comunicação. Possibilitaram refletir sobre o impacto emocional que a linguagem verbal e não-verbal exerce sobre o Eu, assim como os estilos relacionais; proporcionando a compreensão de estratégias de negociação interpessoal como instrumento de resolução de conflitos. Pesquisa sobre técnicas de intervenção, nomeadamente, sobre a utilização do mediador, permitiram aceder à representação simbólica da emoção, a significantes da vida interior que normalmente pouco saem para fora.

3. Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva

A atuação em qualquer área ou problema, necessariamente, implica a colaboração de outros profissionais. Ao promovermos a Saúde Mental de qualquer grupo de pessoas, confere-lhe uma importância acrescida, porque

promove ações que pretendem levar à diminuição de uma situação que tendencialmente irá aumentar no futuro: a Doença Mental.

Esta competência foi desenvolvida em ambos os campos de estágio. As reuniões multidisciplinares que se realizavam no SSMP contavam com Enfermeiros, Médicos, Psicólogos, Assistente social e Terapeutas Familiares. Estas reuniões ocorrem semanalmente e têm como propósito o acompanhamento de casos em que é discutido em equipa algumas estratégias de melhoria do processo terapêutico do doente. Para além de uma importante estratégia de trabalho em equipa funcionam como momento de convívio e formativo para todos os intervenientes. São marcadas várias formações para nas reuniões. Devemos acrescentar que conhecer os diversos elementos da equipa de saúde, a sua postura, discurso e conhecimentos foi uma mais-valia no processo de aprendizagem. Os tipos de encaminhamento para a alta, com entidades que na comunidade fazem de Elo de ligação para promover a reinserção sócia, permitiu-nos conhecer a dimensão das respostas comunitárias às necessidades da pessoa com doença mental. Algumas vezes saímos das reuniões com sensação de impotência na resolução dos problemas perante situações tão complexas.

A nível da consulta externa do SSMP a aprendizagem foi muito positiva porque fizemos a ponte de um serviço de ambulatório para o projeto a desenvolver em Hospital de Dia da UFU. As várias atividades proporcionaram-nos momentos de reflexão e sistematização de conhecimentos. Devemos destacar a atividade Lúdico terapêutica, intitulada “A passagem da Pedra”. Esta atividade foi efetuada enquanto o cliente faz a perfusão de soroterapia, e ocupou o tempo de cerca de 40 minutos e teve como objetivo principal: promover o autoconhecimento e conhecimento do Outro. Foi desenvolvida pela Sra. Enf^a Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria da consulta de psiquiatria e consistiu na passagem de uma pedra que serviu como “quebra-gelo” para a apresentação de cada um. Posteriormente, cada um referiu o seu projeto de vida. Assistimos a uma participação ativa de todos e criou-se um espaço de reflexão. Tal como refere Silva, Loureiro e Sousa (2004, p. 36) “o ato de se estar em grupo é um facilitador de mudança, uma vez que as pessoas se sentem seguras, sentem uma coesão tão grande que lhes permite relatar todo o seu sofrimento, dúvidas, medos...”. Este momento de partilha foi muito importante para os membros que iniciaram o

tratamento há menos tempo porque lhes permitiu observarem algumas melhorias nos clientes que estavam numa fase de terminada terapêutica. Alguns clientes referiram sentir mais força interior para ultrapassar a sua situação de saúde ao ouvirem o relato de uma senhora, sobre a forma como está a ultrapassar a sua depressão após a morte do filho num acidente de viação e a sua própria incapacidade física resultante do mesmo.

Participámos também numa sessão Psicoeducativa com os clientes (que já terminaram o tratamento) e família/ou pessoa significativa. Essa sessão teve como esclarecimento “o que é a Depressão, suas implicações na vida diária das pessoas afeta de, e no seio da família”. No final da sessão privilegiou-se o diálogo, a partilha de experiências pessoais bem como o esclarecimento de dúvidas. Como normalmente é neste espaço que temos “o casal”, foi explicado a ambos a importância do apoio mútuo, da tolerância/partilha, para ultrapassarem esta fase. Foi reforçado o ensino, de que pode ocorrer disfunção sexual (que é comum com esta medicação nos doentes do sexo masculino). Foi passada a ideia de que a pessoa afetada de depressão “deve fazer mudanças na sua vida”, é a pessoa que deve mudar e não quem está à sua volta. Foi ainda esclarecido que existe sempre uma porta aberta (mesmo depois do término do tratamento), para quem tenha necessidade de conversar com a Enfermeira ou tenha necessidade de “partilhar algo”.

Keitner (1990), diz que apesar de ainda não existirem estudos controlados sobre a eficácia de psicoeducação familiar em Depressão, os membros das famílias e doentes têm fornecido retorno intensamente positivo quando este tipo de abordagem é fornecido. Beardslee et al. (1997), desenvolveram um estudo com o objetivo preventivo de doença afetiva em filhos de pais com o diagnóstico de depressão, demonstraram benefícios da psicoeducação para famílias onde, o pai e/ou a mãe apresentavam um episódio depressivo recente ao início da intervenção, neste estudo os resultados foram examinados após um ano e um ano e meio de intervenção psicoeducacional, mostrando uma manutenção dos benefícios da psicoeducação a longo prazo (Yacubian e Neto, 2001).

Também participámos ativamente num grupo psicoeducativo de Mulheres com cancro da mama dirigido por uma psicóloga. Foi um momento muito emotivo

porque estavam mulheres que já tínhamos acompanhado durante o seu internamento para a realização de mastectomia e ver a resiliência sobre a doença que segundo as mesmas era devido àquele grupo onde sentiam-se integradas e compreendidas.

Outra situação de grande utilidade de aprendizagem foi a participação na sessão de relaxamento segundo Jacobson, realizado por uma colega da especialidade em pudemos usufruir de um momento de tranquilidade e obter aporte prático para instruir os doentes que necessitassem deste tipo de intervenção.

Jacobson (1938) desenvolveu uma técnica chamada “Relaxamento Progressivo”, a qual tinha o objetivo de levar o cliente a um estado profundo de relaxamento muscular. O autor acreditava que esse estado poderia reduzir a grande ativação da parte central do sistema nervoso e da divisão autônoma do sistema nervoso, com isso restaurando ou promovendo bem-estar psicológico e físico, diante de uma relação do estado emocional com o corporal. O relaxamento dos músculos deveria reduzir as estimulações emocionais, reduzindo assim a Tensão arterial e a Frequência Cardíaca. A técnica consiste em aprender a contrair e, logo em seguida, a relaxar os diferentes grupos musculares do corpo, de forma que se consiga diferenciar quando o músculo está tenso e quando está relaxado. Dessa forma, uma vez que se tenha aprendido, esse comportamento tornará um hábito, e será identificado rapidamente nas situações de cada dia, quando a musculatura for contraída mais do que o necessário (Rissardi e Godoy, 2007).

Tivemos oportunidade de assistir a um a formação realizada no auditório do hospital sendo referente à “Psiquiatria de Ligação” onde foi abordado a prestação de cuidados no âmbito da psiquiatria a doentes internados noutros serviços utilizando um modelo de intervenção de ligação.

Partindo da compreensão que os fenómenos em saúde mental são complexos e do reconhecimento de que as necessidades das pessoas com doença mental de evolução prolongada são diversas, procurámos participar nas atividades que nos foram oferecidas e proagir com propostas baseadas na nossa recente aprendizagem das aulas administradas.

4. Age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos;

As intervenções realizadas tiveram como base uma avaliação dos problemas e necessidades da pessoa e família. A elaboração do instrumento de colheita de dados foi uma mais-valia neste sentido, permitindo avaliar os múltiplos fatores de stresse e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar tendo como suporte teórico o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF).

A importância de a família ser aliada dos profissionais no cuidar, promove a sua capacitação e o seu fortalecimento no desempenho das suas tarefas (Schwartz, 2010).

As intervenções familiares realizadas traduziram-se em dotar as famílias de mais conhecimentos sobre a doença... e de melhores competências de comunicação e resolução de problemas, que facilitam a gestão de stresse no quotidiano e nas crises acidentais. (Correia, 2010).

As sessões de psicoeducação procuram potenciar um coping ativo e voltado para o aumento do bem-estar do cliente e igualmente trabalhar no sentido de uma redução de formas menos adaptativas de confronto com a doença, como é o caso do coping emocional. Esta intervenção foi feita no sentido de determinar o impacto de emoções negativas sobre o bem-estar e a qualidade de vida dos clientes, desenvolvendo, a partir daí, planos de intervenção devidamente estruturados e ajustados às necessidades de cada um.

As intervenções são suportadas pela Teoria de Hildgard Peplau – “Teoria das Relações Interpessoais” por ir de encontro à nossa linha de pensamento, baseando-se numa enfermagem psicodinâmica.

A escolha destes Teóricos prende-se, com a forma como refletimos e identificamos os cuidados de enfermagem. Uma enfermagem mais proactiva com a participação ativa do cliente no seu processo de saúde. A essência da profissão de enfermagem é traduzida num cuidar, entendido como um “ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é, igualmente um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporariamente ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as

suas necessidades vitais” (Collière, 1999, p.235)

Para Peplau o processo de enfermagem, permite elaborar planos de intervenção que abracem todos os passos necessários para fazer da doença uma experiência positiva para o cliente. É necessário entender o significado da experiência para o cliente. O desenvolvimento da relação terapêutica, permite ao enfermeiro desempenhar diferentes papéis. Inicialmente surge o papel de estranho, depois de pessoa de recurso, posteriormente de professor, de líder, de substituto e por fim de conselheiro. Também nós tivemos a oportunidade de vivenciar na primeira pessoa os diferentes papéis que nos são atribuídos.

O papel do enfermeiro passa também pela prevenção e promoção da saúde mental do cliente, procurando a obtenção máxima independência a todos os níveis através de um envolvimento significativo e gratificante para o cliente.

Uma das formas de prestar cuidados de enfermagem de um modo mais eficiente e holístico pode ser através da Gestão de caso. Stanhope e Lancaster (1999) consideram que a Gestão de Caso “consiste num processo assistencial inerente à Enfermagem, no qual os enfermeiros são os principais responsáveis tendo em conta a gestão dos recursos para atingir os resultados propostos, sem nunca esquecer a qualidade, o acesso e o custo dos mesmos” (Sequeira e Lopes, 2009, p.70).

Este modelo é usualmente aplicado em situações mais complexas como a gestão de cuidados de enfermagem com pessoas com toxicodependência. A abordagem deste tema nas aulas chamou-me particularmente a atenção porque é um modelo em que os enfermeiros têm um papel de maior autonomia e uma maior participação no projeto de saúde das pessoas.

Na conjuntura socioeconómica atual, torna-se fundamental pensarmos em custo/benefício. Os recursos humanos e materiais cada vez mais escassos levam à necessidade de projetos com bom aproveitamento dos mesmos. Pelo que a decisão de sessões de psicoeducação durante o atendimento da consulta de enfermagem do HD davam resposta às necessidades das pessoas, sem acréscimo de recursos humanos e materiais. Teve-se em conta também os gastos realizados pelos próprios clientes, uma vez, que o projeto foi executado num período de mudança de direitos sociais, ocorreu a existência de atrasos na

atribuição de isenção da taxa moderadora e dúvida sobre a cobrança de taxas em algumas situações. Como alguns clientes necessitavam de pagar taxas optou-se por fazer as sessões consoante a necessidade de administração da terapêutica de cada um, para não haver gasto financeiro e de tempo, visto que alguns clientes encontravam ativos a nível profissional.

5. Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência

A Metodologia de Projeto compreende-se como uma metodologia de investigação. Neste sentido, segundo Ruivo; Ferrito e Nunes L (2010, pg. 5), “é uma metodologia reflexiva, pois é, baseada e sustentada pela investigação, de forma sistemática, controlada e participativa, que visa identificar problemas e resolvê-los através de ações práticas”.

O projeto comporta várias fases até se chegar ao produto final em que se pretende atingir os objetivos propostos inicialmente.

A fase de Diagnóstico permitiu fazer um levantamento de necessidades da população alvo e nesta fase utilizámos a evidência tendo em vista comparar os diagnósticos levantados com outros estudos. Esta fase foi considerada crucial para a intervenção, pois foi aqui que se começou a refletir sobre o caminho a percorrer.

Na fase de Planeamento também foi importante a evidência no sentido de justificar a Intervenção que se pensou ser a mais adequada na resposta aos diagnósticos de enfermagem levantados.

Na fase de execução não nos debruçamos tanto pela evidência mas sim por teóricos, entre eles Peplau com a “Teoria das Relações Interpessoais” e Wrigth e Leahey com o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF), que sustentaram a ação. Foi neste âmbito que realizou-se de sessões psicoeducativas individuais e/ou grupo com a finalidade de aumentar a compreensão da doença pelas pessoas e suas famílias e, desta forma, melhorar o seu comportamento e atitude face à doença.

Na fase de avaliação procurou-se encontrar estudos que justificassem uma

prática baseada na evidência.

Ao longo deste trabalho foi necessário adicionar frequentemente resultados de investigação, como forma de termos uma base estrutural sólida para a consecução do projeto.

6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.

Durante os estágios foram realizadas duas ações de formação. Desenvolvemos uma Formação subordinado ao tema “Estágio I”, no serviço onde exercíamos a nossa atividade profissional e local de estágio como forma de dar conhecimento e integrar a equipa no caminho que estava prestes a começar: o diagnóstico da situação. Recorreu-se a uma apresentação com metodologia expositiva/participativa, dirigida à equipa de enfermagem da UFU. Assim, procurámos chamar a atenção para as necessidades dos clientes com cancro da próstata a realizar hormonoterapia em HD.

Mais tarde realizou-se outra formação sobre as restantes fases do projeto de intervenção sendo solicitada uma curta intervenção por falta de tempo para apresentação. Esta formação permitiu falar sobretudo sobre a fase de intervenção de projeto.

Durante todo o projeto foram acontecendo momentos pontuais de formação formação-acção especialmente no preenchimento da folha de colheita de dados.

4. CONCLUSÃO

Segundo Nunes (2011, p.84) “cada ser humano que nasce inicia”. E cada um é único e irrepitível. Mas o que é comum aos seres humanos? Para Nunes (2011) é a felicidade e a justiça sendo essa a razão da preocupação com a ordem e o bem, a defesa da solidariedade e da compaixão. Talvez por isso se promova e se defenda um conjunto de condições que chamamos Qualidade de Vida. É na procura desta qualidade que a ciência se desenvolve tão rapidamente. A doença oncológica é uma das doenças que mais afeta a Qualidade de Vida pois traz consigo o estigma da morte incorporado na nossa cultura. Quando recebe o diagnóstico a pessoa reage com medo de não ser curada e do sofrimento.

O cliente com Cancro da próstata a realizar hormonoterapia, após ultrapassar a fase em que a vida está em risco, começa a aperceber-se das mudanças internas e externas. Normalmente, a sexualidade fica fortemente alterada e, no Homem a sua auto-estima tem uma relação íntima com a mesma. Os aspetos culturais, mitos e crenças são uma forte influência na construção da subjetividade e identidade masculina pelo que o cliente pode apresentar dificuldade em falar sobre os seus sentimentos e fragilidades. Cada cliente enfrenta o cancro da próstata de forma individualizada com diversas implicações, desde a relação conjugal e familiar até ao sentido da sua própria vida.

A qualidade de vida pode ser melhorada se, no acompanhamento do cliente com cancro da próstata seja valorizado como ser único. Portanto, é importante que esteja acompanhado e ajudado pela equipa de enfermagem, em especial pelo Enfermeiro especialista em saúde mental, que é o profissional de saúde capaz de desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção da saúde mental destas pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento.

Foi uma aprendizagem constante estar com estas pessoas, vê-las partilhar connosco histórias de vida que lhes causa sofrimento, confiando os seus medos e os seus desejos. Estes momentos facultaram uma concepção diferente da que éramos conhecedores e permitimo-nos um novo olhar e uma apreensão de conhecimentos, intensificou a relação com o outro, alcançando assim

competências de grande relevância. Assim, adquirimos novas competências, aperfeiçoamos e desenvolvemos outras, o que implicou ganhos em saúde para o cliente, permitindo a aprendizagem do mesmo, constituindo-se um parceiro no seu próprio cuidar, com ganhos a nível pessoal.

O projeto realizado permitiu, através do estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança e parceria, assente numa intervenção psicoeducacional, promover a adaptação à situação de doença de um grupo de pessoas com cancro da próstata a realizar hormonoterapia em Hospital de Dia, a identificação e diminuição de fatores de stresse, reconhecimento e utilização de estratégias de *coping*, no sentido de promover a saúde mental, capacitando-os para ajudarem-se a si próprios. Consideramos que a construção deste percurso permitiu adquirir, desenvolver e modificar atitudes e comportamentos ao nível da intervenção especializada ao cliente, assegurar registos de maior qualidade na colheita de dados, contribuindo de forma integrada para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Procurámos de forma contínua o nosso próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional e pudemos constatar que com os meios adequados, conhecimentos científicos e trabalho em equipa, é possível prestar cuidados de enfermagem com qualidade, mantendo uma atualização constante de conhecimentos para uma prática baseada na evidência científica.

Esta aprendizagem passa igualmente por conhecermos o nosso Eu e o nosso papel como profissional. Assim, conhecer as nossas características intelectuais, afetivas, sociais e espirituais e as atitudes ao longo da relação terapêutica com a pessoa, consiste em reconhecer tanto as nossas capacidades como limitações.

A prática Clínica tem como uma das finalidades preparar o estudante para o exercício das suas competências como Enfermeiro Especialista na área da Saúde Mental e Psiquiatria, permitindo aliar os conhecimentos teóricos desenvolvidos nas várias unidades temáticas com uma componente prática, fornecendo uma experiência essencial. Gostaríamos de salientar a importância dos conteúdos teóricos fornecidos pelas unidades temáticas, as quais proporcionaram o desenvolvimento de competências e em simultânea uma reflexão da prática.

Ao longo deste percurso fomos assumindo um compromisso de cuidados a estes

clientes de forma a promover a sua saúde mental. Em época de constantes mudanças parece-nos pertinente afirmar que, a especialização dos profissionais de saúde como os enfermeiros, constituem um recurso importante para a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde mental.

Acreditamos que a adequação das respostas às necessidades das pessoas, permite que a pessoa viva experiências gratificantes na relação terapêutica e na construção do seu projeto de saúde e de vida.

Consideramos gratificante e enriquecedor o percurso efetuado na ação da construção do saber agir, poder agir e querer agir, no entanto temos consciência que o processo de aquisição de competências é contínuo e não termina aqui...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARAL, Carlos – Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental, mediante a CIPE. Lusociência, 2010, ISBN: 978-972-8930-55-4
- ALARCÃO, Madalena – (des) Equilíbrios Familiares. 2ª Edição. Coimbra: Quarteto Editora, 2002. ISBN 972-8717-30-X.
- BARBIER, Jean-Marie – Elaboração de projectos de acção e planificação. Porto: Porto Editora, 1993. 238 p. ISBN 972-034-106-8.
- BARCELLOS, Lizia - Estratégias de enfrentamento e espiritualidade: a percepção de pacientes oncológicos. Palhoça, 2008, Universidade do sul de Santa Catarina. Disponível em: <http://inf.unisul.br/~psicologia/wp-content/uploads/2009/02/lizia.pdf>. Acesso em: 15-06-2012.
- BARDIN, Laurence - Análise de Conteúdo. 1ª Edição. Lisboa: Edições 70, Lda, 1997. ISBN 972-44-0898-1.
- BENNER, P – De iniciado a perito. Coimbra: Edições Quarteto, 2001.
- BERNARD, Honoré – A Saúde em Projeto. Lusociência, Loures, 2002. ISBN: 972-8383-31-2.
- BRANCO, Isaura – Prevenção do câncer e educação em saúde: opiniões e perspectivas de enfermagem. Texto contexto Enferm, 2005, Abr-Jun, Nº14(2), p. 246-249. Disponível em: www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a12v14n2.pdf. Acesso em: 29-05-21012.
- BURGESS, G. Robert. A Pesquisa de Terreno, Uma Introdução, Celta Editora, Oeiras, 2001, ISBN: 972-8027-43-5
- CAPLAN, Gerald – Princípios de Psiquiatria preventiva. Zahar Editores, Rio de Janeiro. 1980
- CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela – Metodologia da Investigação, Guia para Auto-aprendizagem, Universidade Aberta, Lisboa, 1998. ISBN: 972-674-231-5
- CASMARRINHA, Manuela J.L. – Familiares do doente oncológico em fim de vida, dos sentimentos às necessidades. Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2008. Dissertação de Mestrado em Oncologia.226. Disponível em <http://handle.net/10216/7169>.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - CIPE/ICNP – Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem, Beta 2, Outubro, 2002, ISBN: 972-98149-5-3, Lisboa
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) – versão 1. 1ª Edição, Lisboa, 2005. ISBN 92-95040-36-8.

- CHALIFOUR, J. - A Intervenção Terapêutica, os fundamentos Existencial-Humanistas da relação de ajuda. 1998, Volume I, Loures, Lusodidacta
- COLLIÈRRE, Marie-Françoise – Promover a Vida, da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lidel, 2ª tiragem, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, edições técnicas, 1999, ISBN: 972-757-109-3
- COLOM, Francesc; VIETA, Eduard - Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. Revista Braspsiquiatria, 2004, Nº 26, supl III, p. 47-50. Disponível em: www.abtb.org.br/artigos.php. Acesso em: 24-02-12
- CORREIA, Maria Elizabeth – Avaliação da Influência do diagnóstico e dos tratamentos médicos na qualidade de vida e no ajustamento conjugal dos pacientes oncológicos num serviço de cirurgia geral. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, 2010. Tese de Mestrado em Psicologia.
- CORRÊA, Léa et al. Coleta de dados de enfermagem em unidade coronária: validação de instrumento. Arq Ciênc Saúde, 2008, abr/jun, 15(2), p.65-9. Disponível em: www.cienciasdaude.famerp.br/racs_ol/vol-15-2/id%20260.pdf. Acesso em: 14-05-2012.
- COUCEIRO, Maria do Loreto Paiva (1995) – Auto-formação e contexto profissional, Formar, Revista dos formadores, Nº14, Abril.
- CUNHA, Ana Lúcia; PENICHE, Aparecida - Validação de um instrumento de registro para sala de recuperação pós-anestésica. Acta Paul Enferm, 2007, 20(2). Pg. 151-160. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a07v20n2.pdf. Acesso em: 13-02-2012
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE: Ministério da Saúde – Rede de Referência Hospitalar de Oncologia. 2002, ISBN: 972-675-089-X.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE: Ministério da Saúde - Plano Nacional de Saúde 2004-2010, II Volume – Orientações Estratégicas. Lisboa, 2004. ISBN 972-675-110-1.
- ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE (ESS), INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL – Guia orientador dos estágios 2º e 3º semestres, anos lectivos 2010-2012
- FLEURYI, Heloisa [et al] - Sexualidade em oncologia, Medicina Sexual, Diagn Tratamento. 2011, 16 (2), p.86-90. Disponível em: <http://www.medipedia.pt/home/home.php?module=artigo&id=69>. Acesso em: 28-11-2012
- FORTIN, Marie-Fabienne - O processo de investigação: Da concepção à realização. Loures: Lusociência, 1999.
- GARRETT, Ana; TEIXEIRA, Zélia – A utilização do Modelo PLISSIT na abordagem da Sexualidade do lesionado vertebo-medular por trauma, 2006, p. 237-244. Disponível em: [Ufpdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/625/1/237-244FCHS2006-5.pdf](http://ufpdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/625/1/237-244FCHS2006-5.pdf). Acesso a 22-12-2013.

- GEORGE, Julia; Colaboradores – Teorias de Enfermagem, os fundamentos à prática profissional. 4ª edição, Artmed Editora, Porto Alegre, 2000, p.45-58.
- GUIMARÃES, Ana; CONTEL, José. Psicoterapia de grupo em hospital-dia psiquiátrico. Paideia set.-dez. 2009, Vol. 19, No. 44, 378-385. Disponível em: www.scielo.br/paideia. Acesso em: 16-04-2012.
- HANSON, Shirley M.H.- Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família – teoria, prática e investigação. 2ª Edição, Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-83-5.
- HENRIQUES, Maria Adriana – Adesão ao regime terapêutico em idosos. Revisão sistemática. Lisboa, 2006, Universidade de Lisboa. Disponível em: <http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/174305.pdf>. Acesso em: 25-05-12
- HESBEEN, Walter – Qualidade em enfermagem. Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar. Lisboa, Lusociência, 1998
- IMPERATORI, E; GIRALDES, M – Metodologia do Planeamento da Saúde; Manual para uso em serviços regionais e locais, 2ª ed. Lisboa, Obras avulsas, 1982.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Internacional Agency for Research on Cancer. 2012. Disponível em <http://www.iarc.fr/>. Acesso em 22-03-2014.
- KIRSCHBAUM, Débora; PAULA, Flora – Contradições no discurso e na prática do trabalho de enfermagem nos serviços – Dia de saúde mental. *Rev Esc Enferm USP* 2002, 36(2), p. 170-6. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n2/v36n2a09.pdf. Acesso em: 29-05-12.
- LARA [et al] – Abordagem das disfunções sexuais femininas, *Revista Brasileira Ginecologia-obstreticia*, nº 30 (6), p. 312-321. Disponível em: www.scielo.gppearl.mctes.pt/pdf/ref/vserllln7. Acesso em 18-10-2013
- MACEDO, Ana [et al] – Perfil da Doença Oncológica em Portugal: Racional, Objectivos e Metodologia – Estudo Perfil. Artigo Original, *Acta Med Port* 2008, nº21, p.329-334. 23-10-2011.
- MACÊDO, Sandra – O significado da Vivência do Paciente em Tratamento de Câncer de Prostata. Universidade de Fortaleza, 2008. Tese de Mestrado em Psicologia.
- MAIA, Luis; CORREIA, Carina - Consequências Psicológicas, Estratégias de Coping e intervenção na Doença Oncológica. O portal dos Psicológicos, 2008. Disponível em: www.Psicologia.com.pt, acedido em 13-11-2011.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - Plano Nacional de Acção 2004-2010: mais saúde para todos. (vol. I e II). Lisboa, Direcção-Geral da Saúde, 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Alto Comissariado da Saúde - Plano Nacional de Saúde Mental (2007 -2016), Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008.
- MONTGOMERY, Stuart – Ansiedade e depressão. Climepsi editores, Lisboa, 2ªedição, 2000, ISBN: 972-95908-0-X
- NACCARATO, A. PERCHON, L. Estudo do impacto da disfunção erétil na

qualidade de vida de pacientes pós prostatectomia radical. In: Convenção Brasil Latino América, Congresso Brasileiro e Encontro paranaense de psicoterapias corporais. 1., 4., 9., foz do iguaçu., 2004, ISBN - 85-87691-12-0, p.1-4

- NOBRE, Pedro – Disfunções Sexuais, Teoria, investigação e tratamento, Climepsi editores, Lisboa, 2006, ISBN 972-796-216-5.
- NUNES, Lucília – Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes. Lusociência, Loures,2011, ISBN: 978-972-8930-67-7.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - O Código Deontológico do Enfermeiro. DECRETO LEI n.º 104/98. D. R. I Série A. 93 (98-04-21) 1739-1757.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho de Enfermagem – Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. 2001.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento N.º 122/2011. D.R. II SÉRIE. 35 (2011-2-18) 8648-8653 – Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento N.º 129/2011. D.R. II SÉRIE. 35 (2011-2-18) 8669-8673 – Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - Relatório Mundial da Saúde 2001, saúde mental: nova compreensão, nova esperança. Direcção-Geral da Saúde, Lisboa, 2002, ISBN 972-675-082-2
- OTTO, Shirley E. – Enfermagem em oncologia. 3ªEdição. Loures, Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-12-6.
- PAIS – RIBEIRO, J. - Qualidade de vida e doença oncológica, In M. R: Dias 8 E. Dra (eds) Tumores da psicologia Oncológica, Editores Climeps, Lisboa, 2001, p.75-98.
- PAIS-RIBEIRO, José L.; RAMOS, Diana; SAMICO, Susana - Contribuição Para Uma Validação Conservadora Da Escala Reduzida De Ajustamento Mental Ao Cancro (Mini-Mac). Psicologia, Saúde & Doenças, 2003, 4 (2), p.231-247
- PAIS-RIBEIRO,J; SANTOS, Abel – Estudo exploratório da relação entre função eréctil, disfunção eréctil e qualidade de vida em homens portugueses saudáveis. Análise psicológica, 2005, nº3 (XXIII), p.341-349.
- PEREIRA, M [et al] – Intervenções Familiares na Esquizofrenia: dos aspectos teóricos à situação em Portugal. Acta Médica. Vol. 19, 2005, p.1-8.
- PEREIRA, Maria Graça; FIGUEIREDO, Ana Paula - Depressão, Ansiedade e Stress Pós-traumático em doentes com Cancro Colo-rectal, Validação do Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e Impacto f Events Scale (IES) numa amostra de doentes oncológicos. Onco News, Ano II, Nº 5, Abril-Jun, 2008, p.11-19.
- PERROCA, Marcia; GAIDZINSKI. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. Ver. Esc. Enf. USP. V32, nº2, 1998.

p. 153-168. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/430.pdf. Acesso em: 25-01-2012.

- PHANEUF, Margot. Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lusociência. 2005. ISBN:972-8383-84-3
- PIMENTEL, Francisco Luis - Qualidade de vida do doente oncológico. Porto, Faculdade Medicina da Universidade do Porto, 2003. Tese de Doutoramento. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt>
- PIMENTEL, Francisco Luis - Qualidade de Vida e Oncologia. Edições Almedina, SA, Coimbra (ed). 2006.
- PLANO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL 2007-2016 – Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008 de 6 de Março. Diário da República I Série. N.º 47 (08/03/06), p. 1395-1409.
- REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS (REPE), Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro.
- REY, Gustavo; HASSAN, Abdallah – Intervenções cognitivas e comportamentais na fobia social. Psicologia.com.pt, o portal dos psicólogos, 2006, p.1-8. Disponível em: www.psicologia.com.pt. Acesso em: 29-05-12.
- RISSARDI, Geiza; GODOY, Moacir. Estudo da aplicação técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson modificada nas respostas das variáveis cardiovasculares e respiratórias de pacientes hansenianos. Arq. Ciênc. Saúde. 2007. Jul-set. 14(3). Pg. 175-180;
- ROCHA et [et al] – Construindo um conhecimento sensível em Saúde Mental. Rev Bras Enferm, Brasília (DF), 2003 jul/ago, 56(4), p.378-380. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672003000400013...sci... Acesso em: 29-05-2012
- RUIVO, M^a Alice; FERRITO, Cândida; NUNES, Lucília; Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem (2010) – Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. Revista Percursos. ISSN 1646-5067. Nº15, Janeiro/ Março (2007)
- RUÍZ, Valdete – Estratégias motivacionais: estudo exploratório em universitários de um curso noturno de Administração. Psicologia Escolar e Educacional, 2004, Vol.8, Nº2, p. 167-177. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pee/v8n2/v8n2a05.pdf>. Acesso em: 25-05-1
- SALOMÉ, Jacques. Relação de Ajuda. Guia para acompanhamento psicológico de apoio pessoal, familiar e profissional. 2ª edição. Vozes. Petrópolis. 1995. ISBN: 85.326.1152-4
- SANTOS, Maria Iraneide De Castro - Qualidade de Vida em Pacientes portadores de Câncer de Próstata com metástase óssea. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interinstitucional (Minter) em Oncologia da Fundação Antônio Prudente em Parceria com Escola Cearense de Oncologia, Fortaleza, 2010.

- SANTOS, Rosita Barral - Homens com câncer de próstata: um estudo da sexualidade à luz da perspectiva heideggeriana. Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto Departamento de Psicologia e Educação, 2006. Tese de Mestrado. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-21032007-143657>. Acesso em 08-10-11
- SERRANO, Sandra - Os técnicos de saúde e a sexualidade dos doentes oncológicos: Atitudes, crenças e intenções comportamentais. Análise Psicológica, nº2 (XXIII), (2005), p. 137-150.
- SCHWARTZ, Eda [et al.] – Avaliação de famílias: Ferramenta de cuidados de Enfermagem. Cienc Cuid Saúde, 2009, nº 8 (suplem), p.117-124.
- SEQUEIRA, Ana; LOPES, Joaquim – Gestão de cuidados de enfermagem para uma assistência efetiva e integrada à pessoa com toxicod dependência. Revista Toxicod dependência, edição IDT, Vol.15, nº1, 2009, p. 67-76
- SILVA; Sandra; LOUREIRO, Joana; SOUSA, Gisela. Psicoterapia de grupo com mulheres mastectomizadas. Disponível em: www.psicologia.com.pt. Acesso em: 16-02-2012
- SOUZA, Juciléia; ARAÚJO, Tereza. Eficácia Terapêutica de Intervenção em Grupo psicossocial: um estudo exploratório em oncologia. Estudos de Psicologia I Campinas I 27(2) I 187-196 I abril - junho 2010.
- SOUZA, Caio – A nutrição e o estilo de vida como instrumentos de prevenção e de tratamento do câncer. Disponível em: <http://tiny.cc/anticancer>. Acesso em 29-05-12
- TAVARES, António. Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Cadernos de formação nº2. Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Centro de Formação e aperfeiçoamento Profissional. 1990.
- TOFANI, Ana; VAZ, Cícero - Câncer de Próstata, Sentimento de Impotência e Fracassos ante os Cartões IV e VI do Rorschach Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology - 2007, Vol. 41, nº. 2, p.197-204
- TOMEY, Ann M., ALLIGOOD, Marth R. – Teóricas de Enfermagem e sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem. 5ª Edição, Loures, Lusociência, Edições técnicas e científicas, 2004, pg. 423-434.
- TUPHOLME, Teresa Soares – Qualidade de Vida e Estratégias de *Coping* dos Pacientes dos Pacientes Oncológicos. Universidade De Lisboa Faculdade De Psicologia E De Ciências Da Educação, 2008. Mestrado Integrado Em Psicologia. 11-10-2011.
- TRANCAS [et al.] – Depressão no doente oncológico. Considerações diagnósticas e terapêuticas. Artigo de Revisão. Acta Med Port, 2010, nº23, p.1101-1112.
- UNIÃO EUROPEIA – Livro Verde. Melhorar a saúde mental da população: rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia. Bruxelas: UE,

2005.

- VARELA, Margarida; LEAL, Isabel - Estratégias de *coping* em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 2007, nº3 (XXV), p.479-488. 11-10-2011.
- VINOGRADOW, Sophia; YALOM, Irving – Manual de Psicoterapia de grupo. Artes médicas, Porto Alegre, 1992,
- WRIGHT, Lorraine, LEAHEY, Maureen – Enfermeiras e famílias. Um guia para avaliação e intervenção na família. 3ª edição, Roca, São Paulo, 2002, ISBN 85-7241-346-4.
- YACUBIAN, Juliana; NETO, Francisco. Psicoeducação familiar. *Fam. Saúde Desenv.*, Curitiba, v.3, n.2, p.98-108, jul./dez. 2001
- ZEICHNER, K. A Formação Reflexiva de Professores: ideias e práticas. Lisboa: Educa, 1993.

APÊNCIDES

APÊNDICE I - Artigo Científico

**“A Utilização da Psicoeducação nas Pessoas com cancro da próstata a realizar
hormonoterapia”**

A Utilização da Psicoeducação nas Pessoas com cancro da próstata a realizar hormonoterapia

Vasques, Paula¹; RAMOS, Lino²

RESUMO

A experiência de cancro da próstata é um acontecimento de relevante risco de vida e severidade de sintomas que alteram a vida das pessoas. O tipo de tratamento instituído origina, normalmente, efeitos adversos. A hormonoterapia, por exemplo, pode provocar alterações como a ginecomastia, atrofia fállica, perda de libido e disfunção eréctil. Isto provoca uma sobrecarga emocional que pode desencadear prejuízos psicossociais.

Neste sentido, o projeto de intervenção em serviço (PIS) teve como população alvo um grupo de pessoas com cancro da próstata, que iniciaram o tratamento hormonal num Hospital de Dia (HD) de Urologia localizado num Centro Hospitalar da região Sul de Portugal. Utilizou-se uma metodologia de projeto que comporta várias etapas.

Na etapa de diagnóstico identificaram-se as necessidades em cuidados de enfermagem de um grupo de pessoas com cancro da próstata que iniciaram tratamento hormonal. Na etapa de planeamento delinearão-se as intervenções considerando uma abordagem psicoeducativa em grupo. Na etapa de execução descreveram-se as intervenções psicoeducacionais que decorreram no contexto da consulta de enfermagem do HD. Na etapa de avaliação avaliou-se todo o processo decorrido e os ganhos em saúde para a população alvo. Para a etapa de divulgação elaborou-se um artigo relativo ao PIS implementado.

O projeto de intervenção foi suportado pela «Teoria das Relações Interpessoais» de Hildegard Peplau, que valoriza a relação terapêutica entre um cliente e o enfermeiro formado para reconhecer e responder às suas necessidades, recorrendo à própria aprendizagem que o cliente adquire no decorrer da doença com a ajuda do enfermeiro.

O projeto permitiu compreender as necessidades mais afetadas da população alvo, contribuindo para a promoção da saúde mental e prevenção da doença mental, refletindo-se na qualidade e na gestão dos cuidados.

Palavras-chave: Enfermagem saúde Mental, Doença oncológica, Cancro da próstata, Necessidades, intervenção em grupo, Metodologia de Projeto.

ABSTRAT

The experience of prostate cancer is an event with relevant threat to life and severe symptoms that changes the lives of people. The type of treatment applied usually has adverse effects. For instance, the hormone therapy may cause changes such as gynecomastia, phallic atrophy, loss of libido and erectile dysfunction. This causes an emotional overload that may trigger psychosocial losses.

Therefore, the intervention project in service (PIS) had as target population a group of people with prostate cancer, which had started hormone treatment in a Day Hospital (HD) of Urology located in a Hospital Center of the south region of Portugal. It was applied a project methodology that involves several stages.

In the diagnostic phase, we identified the needs for nursing care of a group of people with prostate cancer, which had initiated hormone treatment. During the planning phase, we delimited the interventions considering a psychoeducational approach as a group. In the execution phase, we described the psychoeducational interventions that took place in the context of the nursing appointment at the HD. In the evaluation phase, we evaluated the whole process and the health gains for the target population. For the divulgation phase, we wrote an article on the implemented PIS.

The intervention project was supported by the Hildegard Peplau's "Theory of Interpersonal Relations", which values the therapeutic relationship between a client and a nurse who is trained to recognize and respond to their needs, and also relies on the knowledge that the client acquires in the course of the disease with the help of the nurse.

The project allowed us to understand the main needs of the target population, while contributing to the promotion of mental health and prevention of mental illness, reflected in the quality and care management.

Keywords: Mental Health Nursing, oncological disease, prostate cancer, needs, intervention group, project methodology.

1. Mestranda do II Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria do IPS. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria – paulaallex@sapo.pt

2. Mestre em Ciências da Educação na Especialidade de Educação para a Saúde. Doutorando na Universidade Católica Portuguesa. Professor Adjunto no IPS/ESS - lino.ramos@ess.ips.pt

INTRODUÇÃO

Em Portugal diagnosticam-se entre 40 a 45 mil novos casos de cancro anualmente. O risco de um indivíduo desenvolver um cancro durante a vida é de cerca 50% e a de este ser a causa de morte é de 25%. Comparativamente com a União Europeia a mortalidade por cancro no nosso país aumenta mais de 6% por ano, sendo o país que se encontra em pior situação (Pimentel, 2006).

Segundo a *Internacional Agency for Research on Cancer* em 2012, o cancro com mais incidência na população portuguesa do sexo masculino é o cancro da próstata e é aquele com a quarta taxa de mortalidade mais elevada.

A experiência de cancro da próstata é um acontecimento de vida que requer uma adaptação da pessoa e da família. O tratamento deste cancro é variado e pode ter algumas complicações que ocorrem por conta dos tratamentos instituídos.

O homem com cancro da próstata que realize hormonoterapia sujeita-se a ter alterações como a ginecomastia, afrontamentos, atrofia fállica, perda de libido e disfunção erétil. Num estudo brasileiro realizado a homens com cancro da próstata com metástases ósseas a submeterem-se a hormonoterapia 94% relataram disfunção sexual (Santos, 2010).

A ameaça sobre a existência faz com que se acompanhe frequentemente de perturbações emocionais, incluindo depressão. Embora a sua determinação não esteja isenta de problemas metodológicos, esta pode afetar até 50% das pessoas com doença oncológica, causando intenso sofrimento pessoal. (Trancas *et al.*, 2010)

Tofani e Vaz (2007) recomendam a existência de um espaço próprio para a pessoa com o diagnóstico médico de cancro da próstata em que suas angústias sejam trabalhadas, sendo adequado além do tratamento orgânico, uma intervenção com suporte afetivo-emocional.

Alguns autores sugerem a eficácia de algumas modalidades de intervenções como a psicoeducação para as pessoas com patologia oncológica. A psicoeducação consiste numa intervenção que caracteriza-se por informar a pessoa sobre dados da sua doença.

Colom e Vieta (2004) recomendam a psicoeducação como intervenção-chave para ampliar a adesão ao tratamento e para melhorar o desfecho no longo prazo em condições médicas graves. São chamados os grupos de orientação comportamental, cognitiva e educacional. Estes grupos focalizam-se em mudanças definidas de um determinado padrão de comportamento. Podem ou não fazer uso explícita de técnicas específicas de terapia cognitiva ou comportamental, mas compartilham objetivos similares de promoção de mudança no comportamento mal-adaptados pessoas e frequentemente mostram aspetos comuns de natureza estruturada, afiliação fechada e duração limitada. São grupos que estão organizados em torno de um processo de doença comum e ocorrem num local de atendimento médico (unidade de oncologia, unidade de hemodiálise, hospitais de dia).

A psicoeducação é apontada como mais eficaz durante a fase de diagnóstico ou pré-tratamento da doença oncológica. Isto deve-se ao facto de ser uma fase em que a pessoa e a família

necessitam de formação abundante e significativa. A psicoeducação tem sido útil na redução de sintomas depressivos e no apoio à pessoa para lidar com stress psicológico (Maia e Correia, 2008).

Os mesmos autores sugerem exemplos de conteúdos a abordar em programas psicoeducativos com pessoas com doença oncológica baseados em vários autores:

- Informação e educação de conteúdos relacionados com a saúde
- Competências de resolução de problemas
- Gestão de stress
- Suporte psicológico
- Informação sobre o cancro
- Informação sobre os tratamentos possíveis
- Estratégias de coping eficazes para lidar com a doença
- Informação sobre a doença, tratamentos e efeitos secundários
- Como intensificar a comunicação entre doente e equipa de saúde
- Conferir *empowerment* não só a doentes como os seus cuidadores e família através de pequenas experiências comportamentais e materiais psicoeducativos
- Apresentar estratégias específicas que reforcem as mensagens educacionais apresentadas e que ajudem o doente a lidar com os efeitos secundários

Os clientes com cancro da próstata a realizarem hormonoterapia em HD têm pela frente uma situação de crise que reveste-se de características que provoca uma sobrecarga emocional e social. Com um diagnóstico já por si complexo, que implica risco de vida, acrescenta-se o fato de ser administrada uma terapêutica que, devido aos seus efeitos secundários, provoca mudanças na

vida sexual e alterações físicas.

No sentido de identificar algumas necessidades em cuidados de enfermagem nestas pessoas elaborámos as seguintes questões:

- Quais as necessidades identificáveis em cuidados de enfermagem a pessoas com cancro da próstata em Hormonoterapia?
- Que intervenções de enfermagem podem ser planeadas e realizadas para responder às necessidades identificadas?
- Qual o resultado das intervenções de enfermagem?

De acordo com as questões colocadas, delineámos o seguinte objetivo geral:

- Conhecer as necessidades das pessoas com cancro da próstata em tratamento hormonal para a promoção da sua saúde e prevenção da doença mental.

Traçámos como objetivos específicos:

- Identificar as necessidades das pessoas com cancro da próstata que iniciam tratamento hormonal;
- Planear intervenções de enfermagem de forma a responder às necessidades identificadas;
- Desenvolver intervenções de enfermagem em saúde mental de forma a dar resposta às necessidades identificadas;
- Avaliar as intervenções de enfermagem desenvolvidas.

METODOLOGIA

Para a problemática identificada e na tentativa de implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução, promovendo uma

prática baseada em evidência, foi utilizada a Metodologia de Projeto.

Foi desenvolvido um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) no Hospital de Dia (HD) de Urologia de um Centro Hospitalar da região sul do país. A população alvo foram 9 clientes com diagnóstico médico de cancro da próstata com indicação para iniciar terapêutica hormonal pela primeira vez, com uma média de idades de 70 anos, cujo mais novo com 51 anos e o mais velho com 82 anos. Todos os clientes tinham situação civil de casado, escolaridade: antiga 4ª classe e religião católica.

Diagnóstico de situação. Nesta fase foram utilizadas duas técnicas: a observação e a entrevista. Para conhecer as necessidades de uma população que iria iniciar pela primeira vez a hormonoterapia optámos por entrevistas as enfermeiras do HD e a população que realiza habitualmente esse tipo de tratamento. As entrevistas foram realizadas a 3 enfermeiras e a 13 clientes do HD de urologia. O método de análise das entrevistas foi a análise de conteúdo segundo Bardin (1995).

Nas entrevistas às enfermeiras, utilizámos a entrevista parcialmente estruturada. A entrevista baseou-se em duas questões: 1) Quais as necessidades dos clientes com cancro da próstata a realizar hormonoterapia em HD do Centro Hospitalar X? 2) Como pode a enfermeira intervir para aumentar os processos de *coping* destes clientes?

Nas entrevistas aos clientes, optou-se por entrevistas informais não estruturadas durante o atendimento de enfermagem para administração de terapêutica hormonal. Procurou-se identificar

as necessidades mais afetadas destas pessoas ao realizar este tratamento e as estratégias de *coping* que cada pessoa utilizou no sentido de participar ativamente na resolução do seu problema, como forma de complementar a opinião das enfermeiras.

Após a síntese dos dados resultantes das entrevistas, passamos à formulação dos diagnósticos (Quadro 1), estes correspondem às necessidades de saúde da população em causa, consideradas mais pertinentes e prioritárias a abordar. Quanto á classificação dos diagnósticos utilizou-se como instrumentos orientadores: CIPE β2 (2002) e Amaral (2010), que descreve diversos focos de enfermagem em Saúde Mental.

2. Foco Impotência sexual Diagnóstico: Impotência sexual presente Dados: Expressão de preocupação em relação á sexualidade alterada
3. Foco Imagem corporal Diagnóstico: Imagem corporal alterada Dados: - Recusa em usar determinado vestuário - Renitência em tocar na parte corporal afetada (mamas ou pénis) - Disfunção social devido às características físicas
4. Foco <i>coping</i> Diagnóstico: Coping ineficaz Dados: - Não adota comportamentos promotores da redução de <i>stresse</i> - Incapacidade em atingir os objetivos dos papéis e necessidades - Recursos, de garantir auto-estima positiva, ineficazes ou mal utilizados
5. Foco Conhecimento Diagnóstico: Conhecimento não demonstrado Dados: O cliente/família demonstra/verbaliza não possuir conhecimentos sobre a Doença, Regime terapêutico, Hábitos de saúde e estratégias de <i>coping</i>

Quadro 1 - Diagnósticos de enfermagem

Planeamento. Tendo em conta os diagnósticos de enfermagem formulados foram planeadas sessões de psicoeducação.

Foram formados grupos de 2 a 3 pessoas de

acordo com a marcação do início da terapêutica hormonal, após encaminhamento do urologista.

As sessões de psicoeducação tiveram como finalidade: Transmitir informação sobre a doença e dar suporte no momento em que o diagnóstico é divulgado ou o início do tratamento hormonal; Esclarecer quanto aos efeitos colaterais do tratamento e fornecer competências para lidar com estes; Fomentar a participação ativa e positiva da pessoa durante o tratamento; Preparar a família para o possível surgimento de modificações comportamentais na pessoa; Facilitar a comunicação entre a pessoa e a equipa multidisciplinar; Ajudar a família e a pessoa a exprimirem os seus medos, expectativas e emoções; Fornecer informação sobre hábitos de saúde e alterações necessárias no estilo de vida.

Execução da Intervenção. Inicialmente foram planeadas quatro sessões. Mas devido ao intervalo entre a administração da medicação (que é variável, consoante a prescrição médica), disponibilidade da pessoa, pagamento de taxa moderadora (para os clientes que ainda não tinham regularizado a sua situação de isenção) e o fator tempo de execução do projeto, foi reduzido o número para três sessões.

As intervenções de psicoeducação foram apresentadas em diapositivos, com os seguintes temas decorrentes dos diagnósticos de enfermagem formulados:

- Primeira Sessão – “Compreender o cancro da próstata e o tratamento hormonal”
- Segunda Sessão – “Gestão de stresse”
- Terceira Sessão – “Hábitos de saúde”

Avaliação da intervenção. Devido a

condicionantes de urgência em iniciar o tratamento hormonal dois clientes tiveram a primeira sessão individualmente. As restantes sessões foram realizadas com dois e três clientes.

Como apreciação global destas intervenções psicoeducativas verificou-se que a psicoeducação feita individualmente foi menos dinâmica e por isso menos enriquecida mas possibilitou ao cliente ser mais autêntico e mais expressivo dos seus medos. Enquanto a psicoeducação em grupo favoreceu maior espaço para a comunicação e interação. Isto está de acordo com Silva, Loureiro e Sousa (2004) que mencionam como vantagem de grupo o facto de o grupo ser um facilitador de mudança e de criar relações sociais com benefícios sobre o estado emocional, como desvantagem lembram que nem sempre a comparação pessoal com terceiros é benéfica se por exemplo a pessoa se encontrar numa situação desfavorável e também o fato de poder inibir a utilização de determinados mecanismos de defesa.

Nas várias sessões, por meio da compreensão das experiências subjetivas dos clientes aproximamos mais das suas emoções, normalmente, evitadas, ou mesmo, reprimidas. Dois dos clientes e respetivas esposas expressavam sentimentos de desespero, com medo do futuro (clientes mais jovens e com filhos menores). Segundo um estudo realizado por Macêdo (2008) o momento do diagnóstico de cancro da próstata foi considerado por todos os participantes do seu estudo o momento mais stressante e significativo da sua vida.

Outros clientes manifestavam sentimentos de otimismo e de aceitação. Aparentemente, pelo que foi expresso neste grupo, os clientes

demonstraram possuir mais mecanismos de defesa na busca de equilibrar as suas dores emocionais do que as esposas à exceção de um cliente em que a situação era inversa. A esse cliente foi oferecida ajuda para encaminhamento.

Nas intervenções psicoeducativas enfatizou-se outras formas de expressão que a sexualidade pode assumir e que podem ser vivenciadas com os respectivos parceiros. Outro fator abordado foi o relacionamento com sua parceira, que, em geral, companheira de há bastante tempo e com a qual mantém fortes vínculos emocionais. Tal suporte pode incentivar a pessoa a enfrentar a doença de maneira mais positiva, ou, até mesmo, o tratamento com melhores expectativas de cura e, conseqüentemente, com possibilidade de dar continuidade as suas funções pessoais e profissionais em condições desejadas. A maioria dos clientes manifestou apresentar disfunção erétil que associavam à idade ou a problemas cardiovasculares. Apenas 3 clientes referiram vida sexual ativa. Isto está de acordo com Fleury *et al.*, (2011) que referem que para além da idade, a sexualidade pode ser afetada por outros fatores, tais como presença de doenças crônicas debilitantes ou incapacitantes, uso de medicamentos que inibem a libido, alterações fisiológicas, cirurgias e estados emocionais negativos.

Todos os clientes tinham conhecimento da situação de disfunção erétil como resultado do tratamento que iriam iniciar, informação fornecida pelo seu urologista. Todos manifestaram aceitar a situação como condição de sobrevivência à doença oncológica.

Segundo Macêdo (2008) a família assume,

durante o tratamento do cancro da próstata, um papel importante de apoio, principalmente, se há abertura e disponibilidade para o diálogo e a solidariedade. A mulher, geralmente, desempenha uma função impar ao lado do marido, oferecendo-lhe apoio incondicional, mesmo diante da possibilidade de mudanças na sua vida sexual, decorrentes dos efeitos colaterais do tratamento. Naqueles em que existiam fortes vínculos familiares percebeu-se uma melhor postura face à doença. Dos nove clientes, oito vieram acompanhados na primeira sessão (5 acompanhados pela esposa, 2 por filhos e 1 pelo genro). Na segunda e terceira sessões, 4 clientes compareceram sozinhos.

Foi realizada uma avaliação no final de cada sessão através de diapositivos:

A avaliação da primeira sessão constituía de três perguntas em que era pedido para se riscar o que estava errado sobre a hormonoterapia e para enumerar três sintomas adversos ao tratamento hormonal. 92,3% dos clientes respondeu acertadamente a pelo menos duas perguntas. 30,7% dos clientes acertaram nas respostas todas. Um cliente teve dificuldade em demonstrar qualquer tipo de aprendizagem referindo dificuldade em se expressar e em adquirir conhecimentos devido relatando esquecimento para fatos recentes e passados devido a outra patologia associada.

Na segunda sessão constituída por três perguntas. Na primeira, era pedido para mencionar qual o acontecimento de vida que tenha causado maior stresse. Todos os clientes referiram que a situação presente era o acontecimento de vida que provocou maior stresse. Também relataram situações de doenças

na família, como o caso de incapacidade física e depressão da esposa, a morte de um irmão e cunhado. Em relação à segunda pergunta quanto aos sintomas do efeito do stresse, tiveram mais dificuldade em responder, 23% das pessoas não souberam identificar, 23% das pessoas referiram sudorese, na mesma percentagem (7,69%) referiu diarreia, aperto no peito e palpitações.

Na terceira sessão, a avaliação constituía de um pedido: “Numa frase simples, diga o que significou para si estas sessões...” Numa apreciação geral desta frase, várias pessoas e familiares manifestaram que sentiram como um peso que foi tirado, outras pessoas referiram-se sentirem-se esclarecidas. Houve uma pessoa com dificuldade em manifestar-se devido à dificuldade que tinha em ter um discurso fluente mas referiu que gostou muito de conversar com as enfermeiras.

Divulgação. Na etapa de divulgação dos dados apresentou-se as intervenções realizadas e os seus resultados em termos de ganhos em saúde dos clientes à equipa de enfermagem e foi elaborado este artigo.

Numa apreciação global constatamos que cada pessoa enfrenta o cancro de forma bastante individualizada, o que pode ter diversas implicações, desde a relação com sua família, até ao sentido da sua vida.

CONCLUSÃO

Foi uma aprendizagem constante estar com estas pessoas, vê-las partilhar connosco histórias de vida que lhes causa sofrimento, confiando os seus medos e os seus desejos. Estes momentos facultaram uma concepção diferente da que

éramos conhecedores e permitimo-nos um novo olhar e uma apreensão de conhecimentos de um modo mais intenso a relação com o outro. Assim, adquirimos novas competências, aperfeiçoamos e desenvolvemos outras, o que implicou ganhos em saúde para o cliente: facilitando a aprendizagem do mesmo sobre a sua doença e efeitos adversos da hormonoterapia; identificação e diminuição de fatores de stresse; reconhecimento e utilização de estratégias de coping como adaptação à situação de doença no sentido de promover a saúde mental, capacitando-os para ajudarem-se a si próprios, constituindo-se um parceiro no seu próprio cuidar.

Procurámos de forma contínua o nosso próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional e pudemos constatar que com os meios adequados, conhecimentos científicos e trabalho em equipa, é possível prestar cuidados de enfermagem com qualidade, assentes na busca da atualização constante e numa prática baseada na evidência científica, possibilitando uma aproximação entre enfermeiro e cliente e um maior enriquecimento de ambos. Esta aprendizagem passa igualmente por conhecermos o nosso Eu e o nosso papel como profissional.

Recomendamos para estudos futuros a utilização de um acompanhamento de longo prazo, com um foco maior de pessoas para permitir uma maior generalização, replicação e informação de intervenções eficazes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARAL, Carlos – Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental, mediante a CIPE. Lusociência, 2010, ISBN: 978-972-8930-55-4

- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS – CIPE/ICNP, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão Beta 2, 2002, ISBN: 972-98149-5-3
- BARDIN, Laurence – Análise de Conteúdo, edições 70, Lisboa, 1995, ISBN: 972-44-0898-1
- COLOM, Francesc; VIETA, Eduard - Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. Revista Braspsiquiatria, 2004, Nº 26, supl III, p. 47-50. Disponível em: www.abtb.org.br/artigos.php. Acesso em: 24-02-12
- FLEURYI, Heloisa [et al] - Sexualidade em oncologia, Medicina Sexual, Diagn Tratamento. 2011, 16 (2), p.86-90. Disponível em: <http://www.medipedia.pt/home/home.php?module=artigo&id=69>. Acesso em: 28-11-2012
- INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. Disponível em: <http://eco.iarc.fr/eucan>. Acesso em 20-03-2014
- MAIA, Luis; CORREIA, Carina - Consequências Psicológicas, Estratégias de Coping e intervenção na Doença Oncológica. O portal dos Psicológicos, 2008. Disponível em: www.Psicologia.com.pt, acedido em 13-11-2011.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - Relatório Mundial da Saúde 2001, saúde mental: nova compreensão, nova esperança. Direcção-Geral da Saúde, Lisboa, 2002. ISBN 972-675-082-2
- OTTO, Shirley E. – Enfermagem em oncologia. 3ªEdição. Loures, Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-12-6.
- MACEDO, Ana [et al] – Perfil da Doença Oncológica em Portugal: Racional, Objectivos e Metodologia – Estudo Perfil. Artigo Original, Acta Med Port 2008, nº21, p.329
- 334. 23-10-2011.
- MACÊDO, Sandra – O significado da Vivência do Paciente em Tratamento de Câncer de Próstata. Universidade de Fortaleza, 2008. Tese de Mestrado em Psicologia.
- PIMENTEL, Francisco Luis - Qualidade de Vida e Oncologia. Edições Almedina, SA, Coimbra (ed). 2006.
- SANTOS, Maria Iraneide De Castro - Qualidade de Vida em Pacientes portadores de Câncer de Próstata com metástase óssea. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interinstitucional (Minter) em Oncologia da Fundação Antônio Prudente em Parceria com Escola Cearense de Oncologia, Fortaleza, 2010.
- SERRANO, Sandra - Os técnicos de saúde e a sexualidade dos doentes oncológicos: Atitudes, crenças e intenções comportamentais. Análise Psicológica, nº2 (XXIII), (2005), p. 137-150.
- SILVA; Sandra; LOUREIRO, Joana; SOUSA, Gisela. Psicoterapia de grupo com mulheres mastectomizadas. Disponível em: www.psicologia.com.pt. Acesso em: 16-02-2012
- TOFANI, Ana; VAZ, Cícero - Câncer de Próstata, Sentimento de Impotência e Fracassos ante os Cartões IV e VI do Rorschach Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology - 2007, Vol. 41, nº. 2, p.197-204
- TOMEY, Ann M., ALLIGOOD, Marth R. – Teóricas de Enfermagem e sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem. 5ª Edição, Loures, Lusociência, Edições técnicas e científicas, 2004, pg. 423-434.
- TRANCAS [et al.] – Depressão no doente oncológico. Considerações diagnósticas e terapêuticas. Artigo de Revisão. Acta Med Port, 2010, n