



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Intervenção Psicoeducacional Familiar na  
Esquizofrenia como complemento à  
Reabilitação Psicossocial da Pessoa**

**Sónia Lôreta Pirata Rodrigues Pinto**

Orientação: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Lara Manuela Guedes de Pinho

Prof.<sup>o</sup> Pedro Miguel Morgado

**Mestrado em Enfermagem em Associação**

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**Relatório de Estágio**

Portalegre, 2024

*Esta dissertação não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri*



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**



**IPBeja**  
INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**POLITECNICO  
SETUBAL**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Intervenção Psicoeducacional Familiar na  
Esquizofrenia como complemento à  
Reabilitação Psicossocial da Pessoa**

**Sónia Lôreta Pirata Rodrigues Pinto**

Orientação: Prof.ª Dra. Lara Manuela Guedes de Pinho

Prof.º Pedro Miguel Morgado

**Mestrado em Enfermagem em Associação**

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**Relatório de Estágio**

Portalegre, 2024

*“A persistência é o caminho do êxito.”*

**Charles Chaplin**

## AGRADECIMENTOS

Agradecer....

Aos senhores professores, Lara e Pedro, pela ajuda, apoio, entreaajuda, dedicação, disponibilidade, paciência, orientação, motivação, entre tantas outras coisas e que sem as quais jamais poderia terminar esta caminhada.

À Enfermeira Rosa, pela sua disponibilidade, compreensão e por todos os momentos de aprendizagem e empenho pelo desenvolvimento do meu projeto.

Aos meus colegas de curso e de trabalho (e eles sabem quem são), que sem dúvida me apoiaram e ouviram, sempre que precisei, sendo muitas vezes os meus “conselheiros” em momentos de desesperança, cansaço e angústia.

Aos meus pais e irmão, pelas palavras, apoio incondicional em todas as fases deste percurso. Representam muito aquilo que hoje sou e sem eles, com certeza que tudo seria mais tumultuoso ou talvez impossível.

Ao meu marido, por tudo e por todos os dias de ausência (e substituição) e pela sua compreensão nesse sentido.

À minha filha, por todos os dias em que não estive com ela, para ela e por ela.

A todos, o meu muito obrigado!

## RESUMO

O presente relatório retrata a necessidade, cada vez mais emergente, de focar a nossa atenção aos familiares cuidadores de pessoas com doença mental grave.

A problemática da sobrecarga das famílias de utentes com esquizofrenia é uma realidade muito presente, demonstrada não só pela evidência científica, como nos contextos de trabalho. Uma das formas de intervir é através da psicoeducação familiar, que se torna num complemento essencial para a reabilitação psicossocial da pessoa com esta patologia.

Este relatório reflete o trabalho desenvolvido no estágio, de uma estudante de mestrado, no Departamento de Psiquiatria de Saúde Mental e no qual foi desenvolvido e implementado um projeto direcionado às famílias de utentes com esquizofrenia.

Foram abrangidas sete famílias, sendo aplicado o FPQ (Questionário de Problemas Familiares), antes e após a intervenção.

O enfermeiro especialista desempenha um papel fundamental, facilitando os processos de transição, evidenciados pela diminuição dos níveis de sobrecarga familiar (relacionados com a sobrecarga objetiva e subjetiva do FPQ).

**PALAVRAS-CHAVE:** Esquizofrenia; Família; Sobrecarga; Psicoeducação.

## **ABSTRACT**

This report portrays the increasingly emerging need to focus our attention on family caregivers of people with serious mental illness.

The problem of burdening families of users with schizophrenia is a very present reality, demonstrated not only by scientific evidence, but also in work contexts. One of the ways to intervene is through family psychoeducation, which becomes an essential complement to the psychosocial rehabilitation of the person with this pathology.

This report reflects the work carried out during the internship of a master's student at the Department of Mental Health Psychiatry, in which a project aimed at families of users with schizophrenia was developed and implemented.

Seven families were covered, and the FPQ (Family Problems Questionnaire) was applied before and after the intervention.

The specialist nurse plays a fundamental role, facilitating the transition processes, evidenced by the reduction in levels of family overload (related to the objective and subjective overload of the FPQ).

**KEYWORDS:** Schizophrenia; Family; Overload; Psychoeducation.

## ÍNDICE DE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| FIGURA 1 – RELAÇÃO ENTRE OS CONCEITOS E A TEORIA DE MELEIS ET AL. (2010)..... | 44 |
|---|----|

## ÍNDICE DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS FAMÍLIAS (N=5) .....  | 54 |
| TABELA 2 – RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO GLOBAL DAS<br>SESSÕES PSICOEDUCATIVAS .....                       | 61 |
| TABELA 3 – GRELHA DE OBSERVAÇÃO E REGISTO DE AVALIAÇÃO DAS SESSÕES<br>PSICOEDUCATIVAS .....                          | 62 |
| TABELA 4 – DETERMINAÇÃO DOS INDICADORES DE RESULTADO SUBJACENTES<br>AO FOCO “TOMAR CONTA” .....                      | 66 |
| TABELA 5 – DETERMINAÇÃO DOS INDICADORES DE RESULTADO SUBJACENTES<br>AO FOCO “SATISFAÇÃO COM CUIDADOS DE SAÚDE” ..... | 67 |
| TABELA 6 – DETERMINAÇÃO DOS INDICADORES DE RESULTADO SUBJACENTES<br>AO FOCO “ADESÃO” .....                           | 67 |

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

|   |    |
|---|----|
| GRÁFICO 1 - RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO FPQ, ANTES DA INTERVENÇÃO (MÉDIA DOS RESULTADOS) .....                      | 55 |
| GRÁFICO 2 - RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO FPQ, ANTES DA INTERVENÇÃO (MÉDIA DOS RESULTADOS - CONTINUAÇÃO) .....        | 56 |
| GRÁFICO 3 - RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO FPQ, APÓS A INTERVENÇÃO (MÉDIA DOS RESULTADOS) .....                        | 63 |
| GRÁFICO 4 - RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO FPQ, APÓS A INTERVENÇÃO (MÉDIA DOS RESULTADOS - CONTINUAÇÃO) .....          | 63 |
| GRÁFICO 5 - COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO FPQ, ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO (MÉDIA DOS RESULTADOS) ..... | 64 |
| GRÁFICO 6 - COMPARAÇÃO DAS DIMENSÕES DO QUESTIONÁRIO FPQ, ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO (MÉDIA DOS RESULTADOS) .....               | 64 |

## ABREVIATURAS E SIGLAS

APA – *American Psychological Association*

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DSM V - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais V

Dra. - Doutora

Dr. - Doutor

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESC - Escala de Sobrecarga do Cuidador

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Enf<sup>a</sup>. - Enfermeira

FPQ - Questionário de Problemas Familiares

ICN - International Council of Nurses

ILP - Injetável de Libertação Prolongada

LSM - Literacia em Saúde Mental

N.<sup>o</sup> - Número

OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

Prof.<sup>a</sup> - Professora

Prof.<sup>o</sup> - Professor

SNS - Serviço Nacional de Saúde

## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....   | 12 |
| <b>1 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b> .....   | 15 |
| <b>1.1 - A Esquizofrenia</b> .....  | 15 |
| <b>1.2 - A Sobrecarga Familiar</b> .....  | 20 |
| <b>1.3 - A Psicoeducação Familiar</b> .....   | 25 |
| <b>1.4 - Referencial Teórico em Enfermagem</b> .....  | 29 |
| <b>2 - CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO</b> .....  | 35 |
| <b>3 - METODOLOGIA</b> .....  | 38 |
| <b>3.1 - Processo de Cuidados</b> .....   | 38 |
| <b>3.2 - Processo de Cuidados Individualizado a uma Pessoa com Esquizofrenia:<br/>  Apresentação de um Caso Clínico</b> ..... | 44 |
| <b>3.3 - Cuidados Especializados a um Grupo de Cuidadores de Pessoas com<br/>  Esquizofrenia</b> .....                        | 48 |
| <b>4 - ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS</b><br>.....  | 69 |
| <b>5 - CONCLUSÃO</b> .....  | 76 |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....   | 79 |
| <b>APÊNDICE I - Caso Clínico</b> .....  | 87 |

## INTRODUÇÃO

A realização deste trabalho está inserida no plano de estudos da Unidade Curricular Relatório, da 7.ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, pretendendo-se desenvolver a adquirir competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica e as que resultam na obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Como objetivos específicos, definimos os seguintes:

- Enquadrar conceptual e teoricamente o tema do projeto de intervenção desenvolvido;
- Caracterizar o contexto de estágio;
- Apresentar e descrever as atividades desenvolvidas no estágio, que tiveram por base o processo de cuidados e as competências do EEESMP (Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica);
- Refletir e analisar acerca das aprendizagens adquiridas e desenvolvidas.

Se tivermos em atenção as metas definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), de 2001, sobre a desinstitucionalização e a resposta centrada em serviços na comunidade, bem como a Declaração Europeia de Saúde Mental (Helsínquia, 2005) na qual ficou patente a mesma ideia anteriormente descrita, torna-se essencial que as mesmas sejam implementadas. Esta “vontade” está bastante visível não só no que foi descrito no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (que incide no agir das equipas de saúde mental comunitárias), mas também nos dados cada vez mais preocupantes.

Tal como é espelhado pela Health Parliament Portugal (2021), “(...) 23,8% dos anos vividos com incapacidade total (...) correspondem às doenças mentais, estimando-se

*uma prevalência (...) de 21%1”* (p. 83). Estes dados traduzem, indiscutivelmente, o trabalho fundamental que deve ser feito na comunidade e com especial foco na intervenção do enfermeiro especialista.

Tornar-se cuidador, em determinadas situações, significa cuidar de alguém e não cuidar de si mesmo. Essa situação pode evoluir para uma condição mais complexa, dado que nestes casos poderá ser duradoura, exigindo ajustes permanentes e provocando sobrecarga nos membros (Pereira et al., 2020).

As características dos programas psicoeducativos implementados pelos enfermeiros especialistas variam, dependendo da pessoa, do grupo, dos objetivos e das necessidades, tornando-os bastante versáteis. Desta forma, as ações individuais ou em grupo podem ser direcionadas a um conjunto de indivíduos com doença mental, cuidadores ou outros grupos específicos (OE, 2021).

Tal como está definido nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, a “contribuição” do enfermeiro especialista no cuidado às pessoas com doença mental, visa auxiliar na adaptação das reações do indivíduo e família, relacionadas com os problemas da doença em si, como a adesão ao tratamento, cuidados pessoais, atividades ocupacionais produtivas, *stress* do cuidador ou apoio na independência, com a finalidade de prevenir situações que possam influenciar o seu agravamento ou isolamento social, promover a recuperação e bem-estar de toda a família (OE, 2015).

Sob este ponto de vista, tornou-se claro no início do estágio, que o tema do projeto de intervenção seria: *“Intervenção Psicoeducacional Familiar na Esquizofrenia como complemento à Reabilitação Psicossocial da Pessoa.”*

Quanto aos critérios de inclusão do programa, estes cingiram-se aos familiares de utentes com diagnóstico de esquizofrenia, capacidade de compreensão sobre a informação transmitida e interesse em participar.

Além deste projeto, e de forma a adquirir as competências anteriormente abordadas, foi apresentado um caso clínico de um utente acompanhado em contexto de visita domiciliária e em que a familiar ingressou no projeto psicoeducativo.

A metodologia utilizada ao longo do estágio foi a do processo de cuidados, incidindo na implementação de cuidados especializados e individualizados ao utente e família.

Tendo em conta o aparecimento de uma doença mental, e considerando-a como uma etapa de transição, o enfermeiro especializado deve agir por forma a promover e facilitar transições saudáveis, decorrentes do processo de saúde/doença, direcionando sua intervenção com esse fim. É necessário, assim, manter a vigilância e compreender os fatores que podem beneficiar ou não a transição com êxito (Melies, 2010).

Estruturalmente o relatório é constituído por cinco capítulos. O primeiro capítulo diz respeito à introdução; no segundo capítulo é apresentado o enquadramento conceptual e a descrição dos temas relacionados com o tema, fazendo menção ao referencial teórico em enfermagem; no terceiro capítulo será apresentada a caracterização do contexto de estágio; o quarto capítulo referente à metodologia utilizada (processo de cuidados) e a descrição do processo de cuidados individualizado (com a apresentação de um caso clínico) e dos cuidados especializados a um grupo de cuidadores de pessoas com esquizofrenia; no quinto capítulo é apresentada uma análise crítico-reflexiva do processo de aquisição de competências e por último será exibida a conclusão.

A norma para elaboração deste trabalho é a de referenciação bibliográfica *American Psychological Association* [APA] 7ª edição.

## 1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo iremos definir e enquadrar alguns conceitos referentes a esta temática e que estão patentes no percurso desenvolvido, que nos irão ajudar a melhor clarificar este contexto e a expor o que se sabe sobre cada um deles.

### 1.1 - A Esquizofrenia

O termo esquizofrenia (do grego *schizo* = cisão e *phrén* = mente), nasce do contributo do psiquiatra suíço Eugen Bleuler em 1911. Já nesta época a esquizofrenia era considerada como sendo complexa e “labiríntica” no sentido da heterogenia das suas características (Bajouco et al., 2018).

Esta patologia caracteriza-se como sendo uma perturbação mental grave e a sua evolução e prognóstico dependem de vários fatores, circunstâncias e contextos. Segundo o DSM V (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais V), é caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas, que podem ser negativos ou positivos, presentes num determinado período de tempo (APA [American Psychiatric Association], 2014). *“Os sintomas característicos da esquizofrenia envolvem uma gama de disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais, mas nenhum sintoma é patognomônico do transtorno (...) envolve o reconhecimento de um conjunto de sinais e sintomas associados a um funcionamento profissional ou social prejudicado.”* (APA, 2014, p.100).

A doença é complexa, e por isso nem sempre é clara através de um sinal ou sintoma específico, podendo este alterar no decurso da mesma. De sublinhar que os sintomas ou sinais podem existir noutras patologias psiquiátricas ou neurológicas (Queirós et al., 2019).

Estima-se que a doença afete cerca de 1% da população mundial o que representa, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 21 milhões de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia (SNS, 2023). Constata-se que, quanto à incidência desta patologia esta ocorre em ambos os sexos, no entanto verifica-se uma precocidade no sexo masculino. Segundo Bajouco et al. (2018), a esquizofrenia pode “emergir” em qualquer altura de vida de uma pessoa: desde a infância até à terceira idade. Porém observa-se que maioritariamente o surgimento da mesma verifica-se no início da segunda década de vida, mais especificamente aos 23 anos no sexo masculino e aos 26 no sexo feminino (Bajouco et al., 2018).

Queirós et al. (2019), enfatizam a seguinte afirmação: *“Face às investigações das últimas décadas, considera-se, atualmente, uma etiologia multifatorial, com a contribuição de fatores psicossociais e biológicos. Fatores hereditários parecem contribuir de forma importante no aparecimento da doença, existindo um grande número de genes envolvidos”* (p.71). Outros fatores, mais propriamente os ambientais, relacionados com *“(…) complicações obstétricas, perinatais, infeções e malnutrição materna, nascimentos nos meses de inverno, urbanidade, migração e consumo de substâncias”* (p.71) ou fatores associados à hipótese do neurodesenvolvimento que *“(…) contempla a possibilidade da origem da doença numa perturbação do desenvolvimento ou maturação do cérebro no período perinatal”* (p.71).

As hipóteses relacionadas com o papel dos neurotransmissores, bem como “o modelo inflamatório”, são também consideradas como determinantes para o surgimento da esquizofrenia. Na primeira, à etiologia da esquizofrenia são “imputadas” as anomalias que decorrem não apenas a um único sistema de neurotransmissão, sendo que se depreende a implicação de vários neurotransmissores naquilo que é a “essência” desta doença (Bajouco et al., 2018). Quanto à segunda hipótese, a inflamatória, relacionada com a patofisiologia da esquizofrenia, Afonso et al. (2014), citando Muller e Schwarz (2008), salienta que esta hipótese se baseia no *“(…) aumento sérico na concentração de várias citocinas pró-inflamatórias que podem refletir uma resposta da microglia a vários processos patológicos no cérebro”* (p. 169).

Segundo Palmeira (2018), os estudos expressam que as famílias, com historial de esquizofrenia, apresentam um forte componente genético, na sua etiologia, representado por *“(…) um grande número de genes que agem em conjunto para determinar a vulnerabilidade biológica para a doença”* (Palmeira, 2018, p. 25). O autor

expressa por outras palavras que a possibilidade de surgimento desta patologia, aumenta com o grau de parentesco, ou seja, duas vezes mais num de terceiro grau e nove vezes mais num de primeiro grau (Palmeira, 2018; Owen, 2019).

Neste sentido, ressalva-se ainda a perigosidade dos consumos tóxicos, sendo um *“(...) fator precipitante em indivíduos predispostos ou surgir como um fator secundário ao início dos sintomas, para além de conferir pior prognóstico”* (Queirós et al., 2019, p. 71, citando Braz Saraiva & Cerejeira, 2014).

Nesta perspetiva, verifica-se que provavelmente a esquizofrenia não terá uma causa única, mas sim a agregação de um conjunto de fatores etiológicos (Afonso et al., 2014).

No que respeita à sintomatologia da esquizofrenia, além de ser um quadro clínico heterogéneo e com alguma dificuldade no diagnóstico, como referenciado anteriormente, esta pode variar ao longo do tempo e ao longo do curso da doença (Queirós et al., 2019).

Assim, e perante a variedade de autores que descrevem os sintomas desta patologia, estes dividem-se em sintomas positivos e negativos.

Os positivos centrados nos delírios e alucinações, conhecidos como os componentes “produtivos” e que estão muito presentes nas fases agudas da doença (Queirós et al., 2019). Sumariamente, os delírios estão relacionados com *“(...) uma crença individual falsa que é irredutível perante argumentação lógica, não partilhada por um grupo de pessoas da mesma cultura e de conteúdo implausível”* (Queirós et al., 2019, p. 71). Os delírios mais comuns são os persecutórios (em que a pessoa pode sentir-se ameaçada, perseguida ou com ideias de prejuízo contra si) e os de auto-relação (nos quais os indivíduos têm a ideia de que as experiências são contra si ou que falam sobre si, até mesmo em tom depreciativo) (Queirós et al., 2019). Sobre as alucinações, Palmeira (2018), estabelece que estas *“(...) são alterações da sensopercepção que ocorrem com frequência na esquizofrenia, sendo as auditivas as mais comuns”* (p.13). Renca & Cerejeira (2014), determinam que as alucinações podem ser consideradas como uma *“(...) percepção sem objeto ou percepção falsa, que não é uma distorção sensorial, nem uma falsa interpretação e que ocorre ao mesmo tempo que as percepções verdadeiras”* (p. 138).

Já os sintomas negativos focam-se na diminuição ou perda das funções normais, dividindo-se em primários e secundários. Os sintomas negativos primários estão relacionados e resultam da própria evolução da doença, enquanto os secundários podem sobrevir dos sintomas positivos, efeitos da terapêutica antipsicótica, efeitos depressivos ou até mesmo associados a uma privação ambiental (Renca & Cerejeira, 2014). Caracterizando ainda os sintomas negativos desta doença, reforçamos que existem vários domínios que poderão ser afetados, tais como o domínio afetivo (como o aplanamento e o embotamento afetivo), da socialização (relações afetivas com fraco envolvimento ou pouca interação social), da capacidade de sentir prazer (redução na capacidade de sentir prazer, como por exemplo nos relacionamentos interpessoais ou pouco interesse em atividades do dia a dia ou passatempos), da comunicação (discurso provocado, sem conteúdo ou respostas breves) ou da motivação (avolição: inatividade por grandes períodos, redução da capacidade para realizar tarefas diárias como a higiene, tarefas domésticas ou laborais) (Bajouco et al., 2018). A gravidade destas manifestações poderá intervir na funcionalidade dos indivíduos, quer ao nível da autonomia, quer ao nível do próprio prognóstico e evolução da doença, pelo que devem ser compreendidas e tratadas (Queirós et al., 2019).

Além dos sintomas anteriormente explanados, existem outros listados como as alterações cognitivas ou afetivas. As alterações cognitivas, que incidem sobre as funções executivas, atenção e memória e que normalmente surgem aquando da manifestação da doença (fase prodrómica) e são consideradas relevantes quanto ao funcionamento e na reabilitação psicossocial (Queirós et al., 2019). São evidenciadas alterações ao nível da “(...) *memória verbal, da vigilância e atenção, da memória de trabalho, do quociente intelectual, da linguagem e das funções executivas*” (Queirós et al., 2019, p.72). Sobre as alterações afetivas, e mais concretamente nas pessoas com esquizofrenia, destacam-se os sintomas depressivos, em cerca de 40% dos casos. (Upthegrove et al. 2017; Krynicki et al., 2018; Queirós et al., 2019).

De ressaltar que poderá constatar-se que estes indivíduos, na fase da infância e adolescência poderão apresentar alguns traços ou particularidades dos quais focamos o isolamento, a desconfiança, dificuldades na escola relacionadas com o “ter amigos” ou na própria integração (Renca & Cerejeira, 2014). Na adolescência são mais visíveis a dificuldade no relacionamento afetivo com outros adolescentes, dificuldades na

adaptação, preferindo atividades solitárias ou interesses por conceitos mais abstratos, como por exemplo a religião (Queirós et al., 2019).

Quanto ao diagnóstico da esquizofrenia, e tendo por base o DSM V (APA, 2014), os critérios focados relacionam-se com as seguintes evidências: sintomas característicos, disfunção social/ocupacional e a duração dos mesmos (Bajouco et al., 2018). Nos sintomas característicos (que incluem sintomas negativos, discurso e/ou comportamento desorganizado, ideias delirantes e alucinações), é importante sublinhar que deve estar presente pelo menos um sintoma elementar (como as ideias delirantes, alucinações ou discurso desorganizado), durante pelo menos um mês ou menos, caso o quadro reverta com o tratamento (Bajouco et al., 2018). Em relação à duração, os sintomas devem estar presentes pelo menos seis meses (abrangendo o mês que a pessoa esteve em fase aguda ou menos quando tratada e abrangendo os períodos prodrômicos ou com sintomas residuais) (Bajouco et al., 2018).

Relativamente à evolução, esta é traçada por exacerbações da doença, muitas delas marcadas por sintomas positivos, o que significa que os indivíduos experienciam remissões e recaídas podendo contemplar internamentos (Queirós et al., 2019). “(...) aproximadamente 80% recaem nos primeiros cinco anos após o episódio inaugural, o que é parcialmente explicado pela descontinuação da terapêutica” (Bajouco et al., 2018, p. 202). As recaídas representam uma condição importante ao nível da deterioração funcional comparativamente ao estado inicial da pessoa e à medida que ocorre esta evolução da patologia, é notória a predominância de sintomas negativos e cognitivos, expressados no impacto social, pessoal e laboral que provoca (Queirós et al., 2019). Porém, o prognóstico da esquizofrenia, tal como o seu diagnóstico, abrange uma grande heterogeneidade, pelo que devem ser tidos em conta os fatores de bom e mau prognóstico, de forma a minimizar falsas suposições e estereótipos, esclarecer corretamente o utente e seus familiares e promover uma melhor qualidade de vida (Queirós et al., 2019).

De sublinhar a importância da relação entre o prognóstico e o tratamento, pois constata-se que “(...) o prognóstico da doença é tanto melhor quanto mais cedo for o início do tratamento psicofarmacológico” (Queirós et al., 2019, p. 76).

O tratamento, deve conter a complementaridade das abordagens farmacológica e psicossocial, verificando-se uma eficácia consistente (Bajouco et al., 2018).

Para além disso, o risco de suicídio em pessoas com esquizofrenia, é quatro vezes mais alto em comparação à população em geral, sendo uma “particularidade” que se pode manter no decorrer da doença (Dutta & Harkavy-Friedman, 2012; Palmeira, 2018). De acordo com o DSM V, existe mesmo uma estimativa entre 5 a 6% de pessoas que morrem por suicídio, considerado-se apesar de tudo, valores talvez pouco reais e minimizados, face à gravidade do contexto (APA, 2014).

Em Portugal, conforme difundido pelo Ministério da Saúde (2018) *“Os resultados do estudo sobre a prevalência de doenças mentais na população adulta portuguesa sugerem que somos o país da Europa com maior prevalência de doenças mentais na população adulta: (...) um em cada cinco portugueses sofreu de uma doença psiquiátrica (...)”* (p.35).

A nível nacional, de acordo com o CINTESIS (Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde) e do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (2020), que realizaram um estudo entre 2008 e 2015<sup>1</sup> sobre os internamentos relacionados com a esquizofrenia, o perfil das pessoas hospitalizadas é maioritariamente masculina (68%), com idades compreendidas entre os 31 e 50 anos. O estudo frisa ainda que o grupo etário mais afetado é o grupo incidente nas idades entre os 18 e os 30 anos, porém verifica-se uma diminuição dos internamentos ao longo dos anos. Esta patologia, tem de fato um impacto negativo a vários níveis, mais concretamente a nível socioeconómico, principalmente relacionado com a hospitalização durante as crises e associado também às elevadas taxas de desemprego e baixos apoios sociais e monetários (Bajouco et al., 2018).

## 1.2 - A Sobrecarga Familiar

O conceito de família é muito amplo, no sentido em que existem muitas formas de o definir. Destaco a seguinte, descrito pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018), “(...)

<sup>1</sup> Trabalho publicado na edição online da revista científica internacional *Psychiatric Quarterly*. Nele é apresentada a caracterização de todas as hospitalizações, em hospitais públicos, de pessoas com diagnóstico primário de esquizofrenia, a nível nacional.

*é um agrupamento (...) formado por indivíduos (...) ligados por laços afetivos (...) capazes de unir os membros, moral e materialmente, durante uma vida ou gerações” (p. 9-10).*

A desinstitucionalização psiquiátrica promoveu a ida das pessoas com doença mental destas instituições para a comunidade e seio familiar, passando esta última a ser o suporte destes indivíduos, não esquecendo a atribuição desta enorme responsabilidade (Pinho, 2020).

O surgimento de uma doença mental, quer para a própria pessoa ou para todos aqueles que os contactam diretamente, propicia uma desgaste psíquico,“(…) originando um turbilhão de emoções negativas que podem influenciar a saúde mental do próprio familiar, tais como: sentimentos de culpa, angústia, vergonha, revolta, raiva, ansiedade, stress e medo” (Pinho, 2020, p.216).

Numa situação em que o familiar é o cuidador da pessoa com doença mental, podem ocorrer em algumas situações momentos de crise, gerando uma *“Dificuldade da família para resolver problemas, para reconhecer situações de mudança, para reconhecer recursos internos, para reconhecer redes externas de apoio, ambiente tenso, comunicação familiar ineficaz”* (ICN, 2023).

Apesar de não haver um consenso acerca de uma definição clara quanto aos cuidadores informais, em 2018, a OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), menciona que estes são representados por amigos ou familiares que voluntariamente aceitam cuidar ou ajudar a pessoa em questão e à qual não está incutido um contrato, por assim dizer.

Em Portugal, foi aprovado o Estatuto do Cuidador Informal, em Setembro de 2019, pela Assembleia da República (Lei n. 9100), mas verificam-se algumas limitações nomeadamente à pessoa que é identificada como cuidador, uma vez que este estatuto apenas se dirige aos cônjuges ou unidos de facto e parentes (Lopes et al., 2022).

Segundo a OE (2023), estima-se que cerca de *“(…) 80% dos cuidados em Portugal sejam prestados por não profissionais”* (p. 82). Este valor, representativo de uma grande “fatia” das pessoas que cuidam e tratam os seus familiares, remete-nos para a importância da nossa intervenção enquanto EEESMP, no apoio e suporte aos membros destas famílias (OE, 2023). A mesma fonte reforça a magnitude da nossa intervenção e declara que: *“(…) os cuidadores considerados como um grupo de risco para o*

*desenvolvimento de problemas do foro mental, é particularmente desafiante e urgente que os enfermeiros estejam preparados, cientificamente e tecnicamente, para a promoção da LSM dos cuidadores” (OE, 2023, p. 83).*

Assumindo que em grande parte os cuidadores das pessoas com esta patologia, são os familiares mais próximos (próximos no sentido de ser a pessoa de referência que cuida, acompanha ou se responsabiliza a muitos níveis, mesmo que não o seja “legalmente”), estes têm “(...) *um papel central e estratégico para a recuperação pessoal do (...)*” doente e esta situação pode criar “(...) *problemas e conflitos, que provocam stresse e sobrecarga*” (Palmeira, 2018, p. 40).

Sobre a área da sobrecarga do cuidador, devemos recordar os contributos e conceitos de Zarit, Rever e Bach-Peterson (1980), que a defendem como a medida em que a pessoa (neste caso o cuidador) percebe a sua saúde (quer física, emocional, vida social ou financeira), como resultado do cuidado a um familiar.

Cuidar de um familiar ou pessoa com doença mental, pode provocar um impacto muito negativo na própria saúde mental do cuidador, “(...) *incluindo distress emocional, sintomas depressivos ou mesmo depressão*” (CNS, 2019, p.23). O facto dos cuidados aos indivíduos com doença mental, serem dados sem conhecimentos e sem uma preparação, podem ser preditores de futuramente ocorrer uma perturbação depressiva (Dias et al., 2020).

Pinho & Pereira (2015), corroboram esta constatação de que o desgaste psíquico vivido pelos familiares que cuidam deve-se a muitos fatores tais como “(...) *o impacto do diagnóstico, a necessidade de adaptação a uma nova realidade, o estigma social, a dependência e as implicações da cronicidade (...) podem produzir sobrecarga, conflitos sentimentos de incredulidade, perda do controle, stress e medo (...)*” (p.16). Estudos revelam que é evidente que os cuidadores e restantes membros da família poderão desenvolver perturbações psiquiátricas, associadas por exemplo a sintomatologia depressiva ou ansiedade, bem como a vivência de uma sobrecarga elevada (Oliveira Borba, Schwartz & Kantorski, 2008; Pinho & Pereira, 2015).

Cuidar de uma pessoa com doença mental pode ser uma tarefa árdua, traduzida pela pouca disponibilidade tanto no apoio por familiares como de outras pessoas próximas e também pelas exigências que envolvem o atender às suas necessidades (Alves et al., 2018).

Para Oliveira & Mendonça (2011), citado por Ramos & Zotesso (2019), sublinham que as limitações relacionadas com a doença refletem-se em várias vertentes, como a questão psicossocial, o autocuidado, a dimensão social, promovendo sobrecarga ao cuidador. O sofrimento, o processo de luto (sobre a descoberta da doença), as dificuldades em conciliar a vida pessoal, profissional ou social dos cuidadores, está bem patente naquilo que é a convivência e cuidado à pessoa com doença mental e as exigências que isso acarreta (Ramos & Zotesso, 2019).

De destacar que as vivências destas situações quotidianas limitam em muito os cuidadores na procura de emprego e na manutenção dos mesmos, no lazer e no descanso, dado o desgaste emocional provocado pela sobrecarga; por outro lado a pessoa/familiar que cuida muitas vezes não tem com quem partilhar estas responsabilidades ou tarefas diárias (Soares et al., 2019, citado por Pereira et al., 2020).

Outros aspetos relacionados com esta temática, revelam que a *“(...) a maioria dos cuidadores e familiares (...) não estão preparados para o cuidado, com destaque à esquizofrenia”* (Magalhães et al., 2018, citado por Pereira et al., 2020, p. 5). Os mesmos autores declaram ainda que tal facto se deve por exemplo à pouca informação sobre a perturbação e formas de atuar em situações de crise ou défices recursos na comunidade.

A existência desta sobrecarga revela consequências catastróficas não só na pessoa com a doença, bem como na pessoa que cuida. As repercussões recaem sobre a qualidade do relacionamento e comunicação entre ambos, como por exemplo o controle excessivo, sendo posteriormente uma situação que pode gerar mais sofrimento (Ramos & Zotesso, 2019).

Quanto aos aspetos que diferem a sobrecarga objetiva da subjetiva, estes relacionam-se com a alteração das atividades quotidianas para dar respostas às várias solicitações e/ou necessidades da pessoa e a dimensão sentimental, respetivamente. Isto é, enquanto que a primeira refere-se às mudanças nas tarefas profissionais, pessoais, sociais ou gestão financeira, na segunda está subjacente o *“(...) grau de incómodo percebido ou avaliado pelo cuidador familiar, suas reações emocionais, sentimentos de sobrecarga pela responsabilidade de cuidar, ligados, então, a fatos referentes às consequências negativas da sobrecarga do ato de cuidar”* (Dias et al., 2020, p.24).

Pereira et al. (2020), expressam a opinião de que a sobrecarga objetiva são as modificações “(...) decorrentes da restrição de sua vida social e familiar, gastos e perdas financeiras, supervisão dos comportamentos problemáticos que prejudicam seus projetos de vida” (p.2). Relativamente à sobrecarga subjetiva, os mesmos autores, destacam como exemplos as preocupações, quer do cuidar em si, quer das tarefas decursivas.

Pinho & Pereira (2015), citado por Pereira et al., (2020), fortalecem a afirmação de que a sobrecarga em todos os membros da família, na presença de pessoas com doença mental, é visível na sua extensão objetiva e subjetiva, tal como detalhado anteriormente.

No estudo que Pereira et al. (2020), realizaram fixaram-se alguns casos de sobrecarga objetiva, como “(...) a dependência para tomar a medicação, preparar refeições, acompanhamento no transporte e consultas (...)” (p. 6) e casos de sobrecarga subjetiva, sendo eles: “(...) comportamentos problemáticos, incomodar as pessoas à noite, comportamentos agressivos e comportamento suicida” (p.6). Evidenciaram-se, da mesma forma, preocupações relativas à segurança física e quanto ao futuro (Pereira et al., 2020).

A sobrecarga financeira constitui-se como uma situação desfavorável, o que agrava o problema e a imposição na gestão do orçamento familiar. O absentismo laboral, causado pelos problemas anteriormente descritos, favorece o surgimento de mais uma situação de stress para o cuidador (Alves et al., 2018).

A maior parte dos doentes com esquizofrenia têm como cuidadores os seus familiares, mais especificamente as mães, sendo que grande parte deles vive com um familiar direto (Alves et al., 2018; Dias et al., 2020).

Sousa et al (2020), reiteram que o stress “(...) surge intrinsecamente relacionado com a sobrecarga do cuidador” (p. 164). Os programas de intervenção psicoeducativos têm demonstrado benefícios na capacitação dos familiares cuidadores e na redução dos níveis de stress e sobrecarga (Sousa et al., 2020).

O estudo realizado por Alves et al. (2018), permite ter uma maior visão acerca da importância da uma participação ativa por parte do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, quanto à capacitação dos familiares na redução da sua

sobrecarga. Ainda sobre esta matéria, os mesmos autores, enfatizam que a sobrecarga, mais concretamente a subjetiva, demonstra a imprescindibilidade no delineamento das intervenções de enfermagem, pelas razões anteriormente explanadas.

É de sublinhar a pertinência do papel do enfermeiro no reconhecimento da sobrecarga do familiar, de forma a encontrar estratégias e intervenções que possam dar resposta às suas necessidades e dado que são eles o pilar principal no cuidado (Pereira et al., 2020).

Pinho (2020), corrobora estas afirmações, declarando que a importância da intervenção familiar neste âmbito, é *“(...) não só para a diminuição da sobrecarga e para a promoção da saúde mental dos familiares envolvidos, mas também para a reabilitação da pessoa com doença mental grave, contribuindo largamente para a sua recuperação”* (p. 216).

### **1.3 - A Psicoeducação Familiar**

No contato existente entre a família e os profissionais de saúde, em contexto hospitalar ou comunitário, denota-se muitas vezes que se apresentam como “agentes na transmissão de informação” acerca do doente, pelo que deverão ser informados, sensibilizados e orientados no decorrer deste processo (Menegalli et al., 2021, citado por Mello & Schneider, 2011). Assim, a família tem efetivamente um papel preponderante no tratamento terapêutico: além do medicamentoso é irrefutável a sua participação em todos os seus processos de recuperação, objetivando-se a melhoria na qualidade de vida do portador de perturbação mental grave (Menegalli et al., 2021, citado por Braga et al., 2020).

A psicoeducação, conforme descrito nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (2015), é considerada uma *“(...) forma específica de educação (...) destinada a ajudar pessoas com doença mental ou qualquer pessoa com interesse na doença mental, possibilitando a compreensão dos factos sobre uma ampla gama de doenças mentais, de forma clara e concisa.”* (p. 17039). Neste caso, a pessoa de interesse a quem é direcionada esta

intervenção é ao familiar de referência/cuidador informal e, como anteriormente aprofundado, este tipo de intervenção permite uma maior e melhor compreensão sobre estas doenças e permite aprender formas de lidar com elas, tendo por base também o conhecimento dos seus efeitos. A OE (2021), exprime esta mesma ideia da seguinte forma: *“A psicoeducação é uma ferramenta fundamental (...) para os enfermeiros EESMP, uma vez que permite a capacitação da (...) sua família/CI, facilitando (...) uma melhor compreensão do problema de saúde (...)”* (p. 37). Uma outra benesse desta boa prática, tal como denomina a OE (2021), é a participação da família de forma: *“(...) ativa no tratamento, tendo como objetivo principal dominar novas formas de lidar com a doença e com os problemas do quotidiano que ela provoca”* (p.37).

Carvalho et al. (2019), citado por Menegalli et al. (2021), consolidam esta ideia, adicionando que é uma intervenção terapêutica em que a informação transmitida ao familiar do doente se traduz num processo em que o “facilitador”, neste caso o profissional de saúde, transmite o conhecimento científico e essencial, para esse momento específico.

Sobre esta intervenção, além de ser muito significativa, tem uma abordagem em temas relacionados com a própria doença que compreendem: o que é, tratamento e prognóstico, direitos do cuidador informal ou estratégias de adaptação, sendo igualmente fundamentais a partilha de experiências de forma a poder dar sentido àquilo que é vivenciado, “absorvendo” positivamente esta consciência (OE, 2021). O EEESMP aplica esta intervenção, com o objetivo de: *“Impulsionar relações orientadas pelo respeito e reciprocidade; aumentar a autoestima; aumentar a esperança; favorecer a autodeterminação; favorecer o autocontrole; apoiar o crescimento pessoal”* (OE, 2021 p. 37).

Palmeira (2018), afirma que a intervenção com o cuidador e a família, com maior nível de evidência, é a psicoeducação, uma vez que oferece informações sobre a patologia em causa, os programas dão suporte às pessoas envolvidas aplicando técnicas de comunicação e resolução de problemas.

Também para Palmeira (2018), os programas de psicoeducação dirigidos às famílias são eficazes na diminuição dos internamentos e recaídas, até mesmo a longo prazo. Reforça mesmo a ideia de que: *“As evidências apontam para a necessidade de*

*incorporar psicoeducação da família, como parte do pacote básico de intervenções psicossociais na esquizofrenia para todos os pacientes” (p.24).*

Pinho (2020), tal como outros estudos têm revelado, sublinha a importância na psicoeducação familiar no sentido da eficácia na redução da sobrecarga e emoção expressa, neste caso dirigido à esquizofrenia, que se repercute numa melhoria ao nível das relações entre os membros da família. Nesta perspetiva acrescento ainda que além da evidência sobre os índices elevados de stress nos cuidadores, outras investigações têm revelado benefícios indiscutíveis sobre a participação de familiares cuidadores no processo de psicoeducação (Zanetti et al., 2017, citado por Menegalli et al., 2021).

Existem aspetos fundamentais sobre as intervenções direcionadas às famílias de pessoas com esquizofrenia (Asen, 2002, citado por Townsend, 2011):

- Criar uma aliança entre as famílias e os profissionais de saúde, devendo esta ser consolidada;
- Reduzir o stress e sobrecarga dos familiares, tendo em conta a diminuição do ambiente emocional no seu seio;
- Fortalecer a capacidade das famílias quanto à antecipação e resolução de problemas;
- Diminuir sentimentos de culpa e raiva nos familiares;
- Considerar expectativas reais e possíveis sobre o comportamento do familiar;
- Esclarecer e incentivar os familiares quanto aos limites e autonomia, em simultâneo;
- Possibilitar alterações benéficas nos comportamentos e crenças dos familiares.

Quanto à aplicação do programa psicoeducativo, a OE (2021), foca que o EEESMP deve personalizar a informação e as temáticas, considerando as características do grupo ou indivíduos, não esquecendo o caráter flexível e aberto, assistindo *“(...) o processo adaptativo da pessoa (...) favorecendo uma compreensão mais eficaz da experiência do adoecer mental” (p.38).*

A OE (2021), defende que os programas desta natureza, devem ser inicialmente mais simples passando depois para conteúdos mais complexos e que devem decorrer

por um período longo, para que assim os resultados e ganhos em saúde sejam evidentes e prolongados. Os temas dos programas devem incidir nas seguintes temáticas: *“Sintomas e sinais; Causas; Evolução e prognóstico; Opções de tratamento e reabilitação; Estratégias de coping para lidar com os sintomas e (...) problemas; Técnica de resolução de problemas; Estratégias de redução do stress (...); treino de competências sociais; Prevenção de recaídas; Estigma”* (p.38-39).

As abordagens psicoeducativas podem ser as seguintes: abordagem com apenas uma família, abordagem multifamiliar e abordagem bimodal (Pinho, 2020). A primeira, tal como o nome indica, é uma intervenção dirigida a uma família, sendo a intervenção individualizada e, por isso, esta é a vantagem desta “modalidade”. Todos os membros envolvidos no processo de recuperação da pessoa poderão participar, sendo que a intervenção poderá ser realizada em contexto domiciliário ou nas instituições de saúde (cuidados de saúde primários, hospital, dependendo da avaliação do EEESMP). As abordagens multifamiliares (consideradas as mais eficazes), dirigem-se a grupos de famílias, em que um dos maiores benefícios se prende com a partilha de ideias, emoções e experiências, promovendo a catarse. Estas sessões devem variar entre as seis e doze e devem ocorrer entre sessenta a noventa minutos. As sessões devem ser realizadas por um terapeuta e um coterapeuta, podendo ser por dois enfermeiros especialistas em ESMP ou com outros profissionais como terapeutas ocupacionais, psicólogos ou psiquiatras. Por último, a abordagem bimodal, a qual se constitui por dois grupos (de famílias e de pessoas com doença mental) e que ocorrem ao mesmo tempo, em locais distintos, mas que mantêm a articulação (Pinho, 2020).

Nesta perspetiva, é ainda essencial mencionar que o tratamento farmacológico do não farmacológico, são iminentes: *“A estrada que leva à recuperação é o tratamento médico e a reabilitação psiquiátrica. Eles são indissociáveis, uma vez que a esquizofrenia requer um tratamento mais abrangente e multidisciplinar, para além dos medicamentos”* (Palmeira, 2018, p.38).

Tal como espelhado pela autora Pinho (2020), uma das intervenções que responde aos diagnósticos de enfermagem “Stress do cuidador” e “Papel do cuidador comprometido”, é exatamente a intervenção psicoeducativa.

Por outro lado, importa referir que *“Aliviar a carga do cuidador é permitir que as famílias continuem exercendo a sua função de cuidador (...)”* (Zanetti et al., 2017, citado por Menegalli et al., 2021).

Em jeito de conclusão deste subcapítulo, saliento mais uma vez, o importantíssimo trabalho realizado pelo EEESMP, que além de ser um elemento crucial na aliança terapêutica, é o elemento chave no reconhecimento do ambiente em que tudo acontece na vida de todos os elementos, favorecendo o aumento das suas habilidades e condutas e promovendo a sua saúde (Menegalli et al., 2021).

## **1.4 - Referencial Teórico em Enfermagem**

Tendo em consideração que a Enfermagem evoluiu para uma profissão com bases sólidas no conhecimento científico, produzido por teóricos desta área, sustentando-a de forma legítima e estruturada (Chanes, 2020, citado por Taffner et al, 2022), será imprescindível evidenciarmos o contributo dos modelos conceituais e teorias de enfermagem entendendo que *“(...) são muito significativos para o ensino, a pesquisa e a assistência por objetivarem consolidar a Enfermagem como ciência e arte na área da saúde, ao explicarem por meio dos seus conceitos a visão do mundo e as ações dos profissionais”* (p.2). Por outro lado, a sua aplicação é substancial na assistência ao nível político, epistemológico e social da enfermagem, associando-se a estes as boas práticas para construir e aplicar estes significados neste domínio (Chanes, 2020, citado por Taffner et al, 2022).

Durante o ciclo vital dos indivíduos, estes vivenciam inúmeras transições, quer sejam circunstanciais ou “planeadas” como casar, ter um filho, mudar de emprego, entre outras (Chick & Meleis, 1986, citado por Santos et al., 2015). Desta forma, *“(...) o conceito de transição reveste-se de uma importância nuclear para a área das ciências sociais e disciplinas da saúde”* (Santos et al., 2015, p. 155).

A transição, sob o ponto de vista da enfermagem e de uma forma muito generalizada, é compreendida como a alteração de um estado ou condição, e são exemplo disso as alterações decorrentes dos processos de saúde-doença: uma condição

de saúde e bem-estar que evolui para uma estado de doença, quer seja aguda ou crónica, ou vice versa (Santos et al., 2015).

O conceito de transição é fundamental na enfermagem, dado que o foco é a pessoa que experiencia e vive este processo. Assim, o objetivo fulcral centra-se na antecipação ou complemento deste processo, através das manifestações comportamentais, tornando-se um fenómeno relevante para os enfermeiros (Chick & Meleis, 1986; Meleis, 2013, citado por Santos et al., 2015).

A estas constatações, acrescentamos que as transições requerem alterações, relacionadas com as próprias relações, as expectativas, capacidades ou até mesmo no próprio estado de saúde, que significa a agregação de outras aprendizagens (Chick & Meleis, 1986; Schumacher & Meleis, 2010, citado por Santos et al., 2015).

Nesta continuidade de ideias, a teoria de médio alcance proposta por Meleis et al. (2010), estabelece que as pessoas durante a sua vida experienciam transições e que, enquanto enfermeiros, devemos reconhecer as circunstâncias em que estas acontecem de forma a que possam vivenciá-las da forma mais saudável possível (Meleis, Sawyer, Im, Hilfiger Messias & Schumacher, 2000, citado por Bittencourt et al., 2018).

Sobre esta teoria, poderemos afirmar que, segundo o modelo desenvolvido por Schumacher & Meleis (1994), os principais conceitos da mesma incluem: tipos e padrões de transições; propriedades de experiências de transição; condições de transição (facilitadores e inibidores); padrões de resposta (integrando os indicadores de processo e indicadores de resultados) e papel da enfermagem (Alligood et al., 2021).

Relativamente aos tipos de transições, podemos dividi-los em quatro áreas. A do desenvolvimento (como referido anteriormente diz respeito às várias etapas do nosso desenvolvimento como o nascimento, adolescência, envelhecimento ou morte); as situacionais “(...) relacionadas com a mudança de papéis nos vários contextos onde o cliente/individuo está envolvido, incluindo a adição ou perda de um membro da família, através do nascimento ou da morte” (Santos, et al., 2015, p. 158); as transições de saúde e doença que englobam o processo de recuperação, alta e diagnóstico de doença crónica (Meleis & Trangentein, 1994, citado por Alligood et al., 2021); e por fim as transições organizacionais referentes às alterações no seu meio ambiental, que provocadas por alterações sociais, políticas, económicas ou laborais (Schumacher & Meleis, 2010; Im, 2010; Meleis, 2013, citado por Santos et al., 2015).

Já os padrões de transições concentram-se na multiplicidade e complexidade (Meleis et al., 2000, citado por Alligood, et al., 2021). Em algumas situações, as pessoas podem experienciar múltiplas transições, em vez de uma única, podendo não ser facilmente distinguidas dos contextos das suas vidas diárias (Alligood et al., 2021).

Quanto às propriedades desta teoria, destacam-se cinco subtipos: a consciência (que se traduz na congruência entre a consciência do indivíduo sobre o que está a viver com o desenvolvimento do conhecimento acerca dessas alterações que vivencia, ou seja, este subtipo reflete-se no grau de congruência entre o que é conhecido sobre processos e respostas e o que constitui um conjunto esperado de respostas e percepções dos indivíduos); o envolvimento ou compromisso (que transparece o grau de envolvimento no processo inerente à transição, dando ênfase à ideia de que não há envolvimento sem consciência); mudança e diferença (transição envolve sempre uma mudança, mas o inverso não acontece; as mudanças pressupõem uma sensação de movimento ou direção sobre os processos internos e externos da pessoa. No que se refere à diferença, salienta-se a percepção dos indivíduos sobre as diferenças e insatisfações que sentem ou sobre como vêm o mundo e os outros de outra forma. Como resultado é necessário o conhecimento e reconhecimento acerca do nível de conforto e domínio da pessoa, de maneira a lidar com as mudanças e diferenças); período de experiência (alusivo ao fato de as transições se moverem e fluírem ao longo do tempo) e finalmente, os pontos e eventos críticos (vinculados a acontecimentos significativos, que podem desencadear um ajuste para superar a experiência de transição) (Meleis et al., 2000, citado por Alligood et al., 2021).

A teoria proposta por Meleis et al. (2010), abrange ainda o conhecimento das condições da transição dos sujeitos, possibilitando ao enfermeiro o “(...) *reconhecimento das suas características pessoais e da sociedade e comunidade em que vive, pois (...) podem facilitar ou dificultar o processo de transição que envolve a reconstrução da sua identidade, (...) modificação de comportamentos e (...) inserção de novas habilidades na sua vida*” (Meleis et al., 2000, citado por Bittencourt et al., 2018, p. 129).

Neste contexto, surgem os padrões de resposta, expandidos pelos indicadores de processo e indicadores de resultado e intrinsecamente ligados às condições de transição, anteriormente expostos. Alligood et al. (2021), referem-se aos padrões de resposta, como as “(...) *respostas saudáveis*” (p. 328). Os indicadores de processo cingem-se no sentir-se integrado e situado, nas interações e no desenvolvimento de

confiança e *coping* e relacionam-se com “(...) a forma como o indivíduo vivencia esse processo interage com as pessoas ao seu redor, como familiares e profissionais de saúde; como (...) se sente ligado a eles; como (...) está situado no tempo; e as estratégias de enfrentamento utilizadas nesse processo” (Meleis et al., 2000, citado por Bittencourt et al., 2018). Os indicadores de processo que direcionam os clientes para a saúde ou para a vulnerabilidade e o risco fazem com que os enfermeiros realizem avaliações e intervenções precoces para acelerar resultados saudáveis (Alligood et al., 2021). Os indicadores de resultado são utilizados para aferir se a transição é ou não saudável (Alligood et al., 2021) e, deles fazem parte a mestria e identidades flexíveis e integradoras. Estes indicadores podem ser avaliados pelo grau de domínio sobre as competências e comportamentos que os indivíduos apresentam no que se refere à gestão de novas situações ou em determinados ambientes. Por outro lado, a reestruturação da própria identidade, pode ser considerada como uma transição saudável (Alligood et al., 2021). “(...) para garantir que esses resultados sejam alcançados, o enfermeiro deve estar presente durante todo o processo e fornecer conhecimento aos indivíduos que o vivenciam e àqueles que o rodeiam, promovendo saúde e bem-estar” (Meleis et al., 2000, citado por Bittencourt et al., 2018). Ainda para a mesma autora, a teoria das transições de Meleis et al. (2010), permite aos enfermeiros a aquisição de “instrumentos” importantes na compreensão de todos estes constituintes que se relacionam no processo de transição das pessoas e que permitam a promoção da sua saúde e, conseqüentemente “(...) uma intervenção educativa bem-sucedida” (Bittencourt, et al., 2018).

Neste sentido, o papel do enfermeiro como agente facilitador no processo de transição das famílias, é crucial tendo em conta que a sua intervenção pode trazer mudanças positivas no seu quotidiano (Meleis & Trangenstein, 2010; Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010, citado por Bittencourt et al., 2018).

As famílias que participaram no projeto psicoterapêutico, apesar de apresentarem tipos, padrões e propriedades diferentes, face à natureza da transição, foram devidamente questionadas sobre as suas dificuldades e problemas, tendo um ponto comum: o cuidar de uma pessoa com doença mental (a esquizofrenia, em específico). Além disso, também os utentes são previamente acompanhados em consulta de enfermagem, o que permitiu uma melhor compreensão de todo o contexto familiar, entendendo e conhecendo as transições saúde/doença (quer seja no aspeto

agudo ou crónico) e organizacionais (relacionadas com por exemplo questões económicas e laborais).

Em síntese, diferenciamos os aspetos facilitadores e inibidores: os primeiros envolvidos com a compreensão e conhecimento do enfermeiro sobre as vivências e significados atribuídos à situação atualmente vivida pela pessoa, os recursos existentes no seu meio (como amigos, familiares, pessoas de referência e profissionais de saúde) que possam dar suporte e resposta às suas dúvidas e a informação clara acerca do seu ambiente social; os inibidores francamente interligados ao estigma, baixo nível socioeconómico, fraco conhecimento acerca da temática (fator que poderá provocar stress), isolamento e falta de recursos na comunidade (a nível de pessoas que possam dar suporte, ao nível de de informação insuficiente, parca ou contraditória e até negativismo por parte das pessoas que os rodeiam), estigma ou marginalização.

Compreendendo ainda a ligação entre as transições saúde/doença e organizacionais com as propriedades, sublinhamos que alguns utentes e famílias não apresentavam conhecimentos suficientes nem consciência do que estavam a viver, mostrando a sua insatisfação acerca dos novos papéis “assumidos” e revelando algumas vezes uma falta de compromisso e envolvimento neste processo (verificando-se que quanto maior é o conhecimento, maior é o envolvimento). No que toca à mudança, a criação “deste espaço”, permitiu às famílias a expressão das suas experiências com o seu “cunho pessoal”, e por outro lado contribuiu para a sua preparação e aquisição de informação necessárias para uma transição mais saudável. Isto é, o acompanhamento destas pessoas deve basear-se na facilitação destas transições, sendo que os resultados devem incidir na experiência em transição, saúde e bem-estar (Meleis & Trangenstein, 2010; Zagonel, 1999, citado por Bittencourt et al., 2018). Também Benner (2005), citado por Bittencourt (2018, p. 162), sublinha que “(...) *a função da educação e orientação como um dos domínios dos cuidados de enfermagem (...) permite que o cliente atinja um melhor nível de preparação para as situações de doença.*” No que concerne aos padrões de resposta, verificamos que os indivíduos, além de ficarem muito mais informados acerca dos vários conteúdos envolventes da patologia em questão (em concreto sobre o valor e benefícios de participar no grupo psicoterapêutico, sobre a sintomatologia, identificação de sinais de alerta e prevenção de recaídas, adesão ao regime terapêutico, alívio da sobrecarga do cuidador, conhecimento de estratégias de comunicação assertiva e redes de apoio na comunidade), estabeleceram interações onde partilharam

e consolidaram ideias fulcrais no aprofundamento de estratégias para lidar em situações específicas com a pessoa com doença mental (como na gestão da comunicação, na forma de ser assertivo ou no acompanhamento do seu familiar até aos profissionais de saúde), permitindo a identificação e partilha de emoções semelhantes entre os pares (como a expressão de sentimentos de angústia, medo, raiva, desesperança, angústia ou impotência). Tendo em consideração ainda os padrões de resposta sobre as pessoas envolvidas no projeto, identificámos que as suas estratégias eram limitadas ou inexistentes para lidar com algumas das dificuldades apresentadas, adaptando-se de forma pouco adequada à situação. Portanto, a intervenção realizada “forneceu” às famílias recursos para uma transição mais saudável, nomeadamente a identificação de pessoas específicas para o suporte ao nível da informação, o enfoque na dualidade “*cuidar e cuidar-se*”, o significado atribuído aos papéis nas pessoas envolvidas durante o processo (mesmo que crónico) e a reformulação de novos sentidos e novas perceções sobre o meio que os envolve (importante para o desenvolvimento de estratégias de *coping* e confiança).

Denota-se o importantíssimo destaque desta teoria na nossa prática, pelo que a escolha do referencial teórico reflete a base da nossa intervenção com as famílias dos utentes com esquizofrenia, tendo como ponto central a capacitação das mesmas na tomada de decisão nos cuidados, refletindo-se na sua realização, determinação e estabilidade (Swanson, 1991, citado por Bittencourt et al., 2018).

## 2 – CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

O projeto de intervenção delineado e aplicado no estágio final, decorreu na consulta externa de psiquiatria (adulto), tendo a duração de aproximadamente 18 semanas. Teve início a 12 de setembro de 2023 com término a 26 de janeiro de 2024, com um total de 388 horas. Os turnos realizados foram de sete horas, o que perfaz um total de dois a três turnos semanais, acordados previamente com a enfermeira orientadora.

A equipa multidisciplinar é constituída por diversos profissionais: enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e enfermeiros generalistas, psicólogos, psiquiatras, assistentes operacionais e assistentes técnicas.

Quanto à caracterização do local de estágio, podemos dizer que a consulta externa e hospital de dia estão integrados no departamento de saúde mental (extensão do hospital central), sendo uma área de ambulatório. Tem como missão prestar cuidados a utentes do foro psiquiátrico, de forma programada, em alternativa ao internamento.

O serviço de consultas de psiquiatria é formado por consultas de enfermagem, consultas de psiquiatria e consultas de psicologia, sendo os utentes encaminhados pelas diferentes valências, abrangidas pelo hospital central. Sobre as consultas de enfermagem, estas incidem em pessoas com internamento recente (do serviço de agudos do hospital central) ou acompanhamento prévio (utentes a realizar injetáveis de libertação prolongada - ILP), e têm como objetivo principal o seguimento dos mesmos, tendo por base os cuidados especializados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Por outro lado, as consultas de enfermagem podem ser presenciais, consultas de *follow-up* (após o internamento ou após soroterapia) ou consultas telefónicas.

Das consultas presenciais destacam-se como principais intervenções as entrevistas clínicas de enfermagem, preparação de terapêutica oral semanal (com colaboração do utente, sempre que possível), administração de ILP, avaliação da tensão arterial e contatos telefónicos com instituições de apoio ou encaminhamento de situações para a assistente social, entre outras respeitantes às competências específicas do EEESMP. No decorrer destas consultas são ainda abordados vários temas tais como, sinais e sintomas da doença, adesão terapêutica, higiene do sono, ansiedade, estratégias de *coping*, atividade laboral, social e pessoal, gestão de conflitos, reforço positivo sobre aspetos que os utentes verbalizam ou que são evidenciados na observação e resolução/melhoria de problemas previamente identificados.

De destacar que nas consultas telefónicas semanais, são abrangidos os utentes que têm alta recente do serviço de internamento do hospital central (informação transmitida pela equipa de enfermagem do internamento) e os utentes que estão em incumprimento do ILP, quer em regime voluntário, quer em regime involuntário.

Quanto ao funcionamento do hospital de dia de psiquiatria, estão contemplados tratamentos por soroterapia, nomeadamente administração de terapêutica antidepressiva, com ciclos de cerca de 15 sessões, com aproximadamente duas horas de duração, bem como a realização de entrevistas clínicas de enfermagem psiquiátricas, entre outras intervenções psicoterapêuticas como a técnica de relaxamento, o aconselhamento, intervenção em crise ou entrevista motivacional. Os ciclos de soroterapia variam consoante a evolução do estado clínico da pessoa durante o processo, sendo feita uma avaliação diária pela equipa de enfermagem, e posterior discussão como médico psiquiatra assistente.

A visita domiciliária, ocorre a cada 15 dias, ou seja, duas vezes por mês. Consiste numa consulta de enfermagem realizada no domicílio da pessoa abrangida ou em estruturas de apoio na comunidade (exemplo disso são os utentes que frequentam centro de dia e não se encontram no domicílio), podendo ser realizadas apenas pela equipa de enfermagem ou restantes elementos da equipa multidisciplinar (médico e/ou assistente social). Tem como objetivos promover uma relação de ajuda e de confiança, melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde mental na comunidade e avaliar e encaminhar situações de risco, que possam comprometer ou alterar o estado de saúde mental do utente e/ou família. As principais intervenções de enfermagem implementadas são as entrevistas clínicas de enfermagem, suporte emocional, apoio

familiar, estratégias de resolução de problemas, gestão de sintomas, articulação com outras instituições da comunidade, administração de ILP, monitorização da adesão à terapêutica e sessões de educação para a saúde (como higiene pessoal, sono, alimentação ou atividades ocupacionais).

As consultas de enfermagem decorrem de segunda à sexta-feira, entre as 9 horas e as 16 horas. O utente vem normalmente sozinho para administração do ILP embora possa vir acompanhado por familiar ou pessoa de referência, que aguarda na sala de espera. Em caso de necessidade por parte dos profissionais, estes poderão solicitar a presença do acompanhante (com a devida autorização do mesmo), para despiste de alguma situação mais específica ou até informativa e que careça de algum esclarecimento.

No presente momento não existem grupos psicoterapêuticos, embora seja um objetivo da equipa de enfermagem a curto prazo (início de 2024), uma vez que essa meta foi concretizada no ano transato, com dois grupos de utentes. Esta limitação centra-se na escassez de recursos humanos.

### **3 – METODOLOGIA**

Aspirando o alcance dos objetivos relativos à aquisição e desenvolvimento de competências de EEESMP, as quais se encontram dispostas no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (OE, 2018), realizámos um trabalho relativo a um caso clínico (permitindo a aplicabilidade do processo de cuidados) e a implementação de um projeto de intervenção, especificamente a um programa psicoeducativo, dirigido às famílias de utentes com esquizofrenia, tal como tem sido descrito neste relatório.

#### **3.1 - Processo de Cuidados**

De realçar que o estágio final, compreendeu a prestação de cuidados individuais a utentes, em contexto de consulta externa de enfermagem e a implementação de um programa psicoeducativo direcionado às famílias da pessoa com esquizofrenia. O projeto foi desenvolvido em parceria com as pessoas envolvidas e que apresentavam alterações ao nível do seu bem-estar (sobrecarga dos cuidadores informais), decorrentes dos processos de transição e de adaptação ao contexto vivido. Foram tidos em conta não só as suas dificuldades, mas também as suas capacidades e o seu potencial, tentando dar resposta aos objetivos propostos, com base na relação terapêutica enfermeiro-utente. Também se optou pela realização de um caso clínico (detalhado mais adiante), de forma a consolidar as competências especializadas em ESMP. A acrescentar ainda que foram realizadas entrevistas aos utentes em contexto de consulta de enfermagem, hospital de dia e visita domiciliária, que permitiu neste processo relacional a realização e atualização dos planos de cuidados, e permitindo-nos integrar a responsabilização e participações dos mesmos no seu próprio “projeto”, e

desta forma, criar as condições necessárias para eles próprios terem respostas mais eficazes e adaptativas, melhorando a sua situação.

De forma a sistematizar a prática clínica de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, foi concretizado o processo de enfermagem, que se define como “(...) *uma estrutura sistemática (...) consiste em seis fases e utiliza uma abordagem de resolução de problemas que foi aceite como metodologia científica da enfermagem. É orientada para os objectivos, com a finalidade de prestar ao cliente um cuidado de qualidade*” (Towsend, 2011, p. 147).

A primeira fase deste processo, denomina-se de apreciação. Nesta fase e antes da interação propriamente dita, foi realizada uma colheita de dados relativa à situação de saúde dos utentes, que abarcou as pesquisas efetuadas em sistema informático (S-Clínico - sistema em vigor no contexto clínico) e nas informações provenientes dos profissionais de saúde.

O diagnóstico, constitui-se como a segunda fase e assenta na análise dos dados colhidos na apreciação. Nesta linha, são identificados os diagnósticos de enfermagem e potenciais problemas, dando-lhe um grau de prioridade, por assim dizer. A entrevista clínica de avaliação diagnóstica, foi o método usado para o efeito, bem como para a avaliação do estado mental (Towsend, 2011). A abordagem à pessoa com doença mental e pessoa de referência, neste estágio, foi sustentada pela relação de ajuda profissional, enquanto intervenção de enfermagem (Hipólito, 2010, citado por Coelho et al., 2020). Desta forma, e suportado pelos mesmos autores, a nossa interação teve em atenção a qualidade da relação, respeitando a pessoa, as suas capacidades, vontades, num ambiente gerador de crescimento pessoal no sentido de fornecer as ferramentas necessárias para promover o seu crescimento, a sua autenticidade, sentindo-se aceite e autêntica, apoiado numa abordagem não diretiva (Coelho et al., 2020). Por outro lado, consideramos importante focar algumas técnicas de comunicação verbais e não verbais na relação de ajuda profissional aplicadas, que nos permitiram chegar a um diagnóstico mais consistente, como o toque afetivo, o olhar, a escuta e o silêncio, a síntese, o conselho e a informação. Tal como refere Chalifour (2008), o processo relacional que caracteriza a relação de ajuda profissional é “(...) *complexo através do qual o interveniente se interessa pelas pessoas, famílias e grupos, aos seus modos de interagir com o seu ambiente para aí recolher a informação, a energia e a matéria necessárias à satisfação das suas necessidades*” (p.212).

De referir que além deste último recurso (a entrevista clínica), foram também aplicadas escalas de apoio à avaliação diagnóstica (tais como a escala de Ansiedade de Halmiton, a Escala de Sobrecarga do Cuidador - ESC ou o Questionário de Problemas Familiares [FPQ]).

Na terceira etapa, o plano terapêutico é ajustado ao utente ou situação clínica, através da identificação dos resultados e “decorrem” dos diagnósticos identificados, sendo estes “(...) mensuráveis e incluir uma estimativa de tempo (...) Devem ser realistas em conformidade com as capacidades do cliente e são mais eficazes quando formulados em cooperação com membros da equipa interdisciplinar, com o cliente e pessoas significativas” (Townsend, 2011, p. 154).

A fase do planeamento, e tal como defende Townsend (2011), o enfermeiro elabora um plano, o qual reflete os meios, as estratégias ou outras opções que permitam efeitos desejáveis. No nosso percurso, esta fase está espelhada aquando da admissão de utentes em hospital de dia, para tratamento diário endovenoso, no acompanhamento dos utentes em consulta e visita domiciliária (na realização e atualização dos planos de cuidados). Quanto ao projeto de intervenção, os familiares tiveram um papel importante no delineamento do seu processo de cuidados, quanto ao seu envolvimento, definição de prioridades e estabelecimento de um contrato terapêutico. Aos diagnósticos identificados foram prescritas as intervenções mais adequadas (individuais ou em grupo), não esquecendo os recursos disponíveis e a envolvimento de membros da equipa multidisciplinar (quando possível).

A penúltima fase do processo de cuidados, a implementação, é representada pela aplicação das intervenções previamente traçadas, tendo em consideração que estas devem ser “(...) seguras, éticas e apropriadas” (Towsend, 2011, p. 154). Nesta etapa, foram implementadas as intervenções psicoterapêuticas em contexto de ambulatório (em concreto nas consultas de enfermagem, em sessões únicas e em hospital de dia, com duração mínima de 3 semanas<sup>2</sup> e *follow up* após o tratamento), importantes na ajuda ao indivíduo de forma a encontrar e optar por alternativas que, posteriormente, respondam aos diagnósticos levantados. De sublinhar que as intervenções psicoterapêuticas foram significativas no reforço da auto-estima, na aquisição de

<sup>2</sup> Ordem dos Enfermeiros (2023). Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem. Lisboa, Portugal.

estratégias de *coping* ou, por exemplo, na resolução de problemas. Sobre o uso dos diagnósticos e sistemas de classificação internacional para a prática de enfermagem, foi aplicado, tal como sugere a OE (2018), o modelo “(...) preconizado pelo *International Council of Nurses (ICN) na CIPE (...) e segue a seguinte sequência: Foco - Dados (Manifestações) - Diagnósticos - Intervenções - Resultados.*” (p.9).

Na última fase, a avaliação, tal como o nome indica são feitas as avaliações sobre as intervenções implementadas, isto é, é medido “(...) o sucesso das intervenções no que diz respeito aos resultados. É documentada a resposta do cliente ao tratamento, validando a utilização do processo de enfermagem na prestação de cuidados” (Townsend, 2011, p. 155). Também nesta etapa deve o enfermeiro fazer uma revisão quanto aos diagnósticos, resultados e plano de cuidados, caso haja essa necessidade (Townsend, 2011). No nosso percurso, esta evidência verifica-se na medida em que foram aplicadas as mesmas escalas de avaliação diagnóstica, comprovando ou não uma melhoria dos indivíduos, bem como a sua avaliação subjetiva neste processo.

Do mesmo modo, que a teoria de Meleis et al. (2010), retrata a finalidade de planejar e implementar cuidados de enfermagem efetivos, medidos através de indicadores de mestria e identidade (como a autoconfiança, a iniciativa, o conhecimento, tomada de decisão, ...), de forma a “provocar” mudanças e respostas adaptativas, permitindo um processo de transição saudável, também os cuidados de enfermagem em saúde mental, além de decorrerem num processo contínuo, compreendem intervenções de: “(...) excelência relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico (...) de competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, (...)” (OE, 2018, p. 6).

Assim, como descrito pela OE (2018), mais concretamente no Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental, os diagnósticos “próprios” dos EEESMP centram-se naquilo que são os “conhecimentos mínimos”. Conhecimentos estes relacionados com o estabelecimento de diagnósticos, relacionados com a execução dos planos de cuidados ou com as intervenções de enfermagem e sua supervisão (OE, 2018).

Posto isto, os diagnósticos mais identificados e “exclusivos” dos EEESMP, durante a realização do estágio foram: Agitação Psicomotora presente; Alucinação presente;

Ansiedade Moderada ou Elevada; Autocontrolo comprometido; Autoconceito comprometido; Comportamento Interativo comprometido; Crise Familiar presente; Dependência De Tabaco presente; Humor Depressivo; Humor Eufórico; Delírio presente; Risco de Suicídio presente; Stresse e Stresse do Cuidador presente. Os diagnósticos “não exclusivos”, centraram-se nos seguintes: Sono Comprometido; Papel de Cuidador Comprometido e Adesão ao Regime Terapêutico Comprometido. De ressaltar que para os diagnósticos identificados, foram preconizadas as intervenções psicoterapêuticas mais adequadas à pessoa em questão ou ao grupo terapêutico, acompanhado em contexto de ambulatório.

De forma a sustentar o processo de avaliação diagnóstica, sendo ele uma das competências essenciais dos EEESMP, julgamos ser necessária a exposição de algumas reflexões e ideias sobre o assunto.

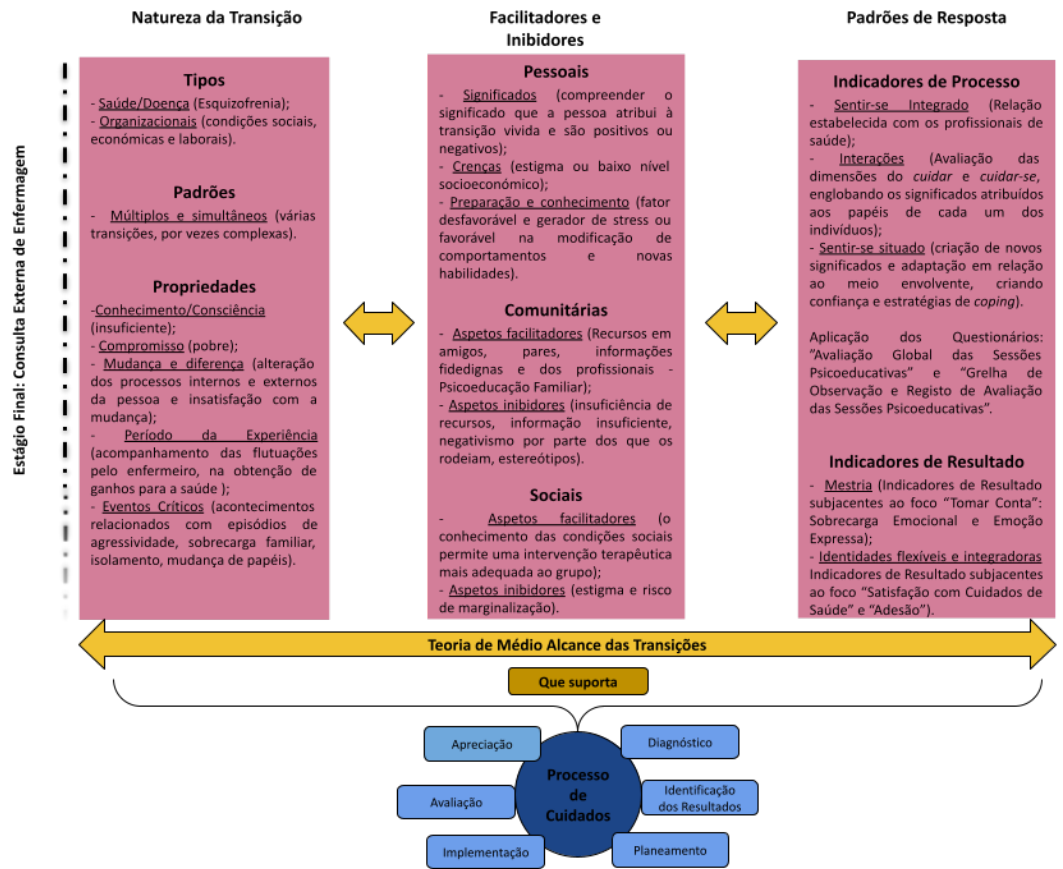
Deste modo, na área da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, o “foco de interesse”, cinge-se “(...) *na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico de enfermagem e na intervenção perante as respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental*” (OE, 2017, p. 1), e tal como corroborado por Lopes (2006) e centrado agora na relação entre o enfermeiro e o utente, esta progride na interação terapêutica desenvolvida e corresponde às fases constituintes do processo de avaliação diagnóstica. Estas fases integram a essência da problemática do indivíduo, a recolha de informações acerca da sua perspetiva (o que sabe, pensa e sente sobre essa mesma problemática) e as estratégias que a pessoa apresenta face à apresentação do problema (Lopes, 2006). Por conseguinte, a história dita pelo utente é imprescindível para uma colheita de dados o mais clara possível, onde “(...) *recolhemos informações acerca da cognição, pensamento, consciência de si, emoções, (...) atividades de vida diária e a forma como o utente gere a sua problemática de saúde (...)*” (OE, 2017, p. 2). O processo de avaliação diagnóstica é entendido como mutável e de carácter permanente, em que o enfermeiro através da sua compreensão e raciocínio clínico e na posse da informação previamente recolhida, pode permanentemente obter um diagnóstico considerado “atual”, melhor dizendo, a avaliação é feita de forma sistemática e suportada por informações anteriores (Lopes, 2006). Poderemos ainda acrescentar que é neste processo que os enfermeiros, e em consonância com o utente e família, produzem a sua intervenção (de base terapêutica) e onde as suas necessidades, preocupações e problemas são

“trabalhados”. Também Lopes (2006), defende que o primeiro encontro entre o enfermeiro e o indivíduo operacionaliza e inicia o processo de avaliação diagnóstica, em que não existe uma separação exata entre a avaliação e a intervenção, podendo até ocorrer em simultâneo. Não obstante, esta operacionalização, acontece mesmo antes deste contato, aquando da recolha da informação do cliente seja ela biomédica ou outra relacionada por exemplo com os sintomas ou vivências presentes no momento. Facto este com o qual nos identificamos inteiramente, pois foi concretamente uma constante, quanto às experiências e relações estabelecidas ao longo do estágio.

Salientamos igualmente a aplicação de escalas de apoio à avaliação diagnóstica, tal como detalhado previamente, necessárias e precisas para os diagnósticos de enfermagem, mas similarmente reconhecemos a importância das relações interpessoais, considerada por Lopes (2018) uma intervenção terapêutica essencial na enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, que exige uma abordagem sistemática, uma atitude terapêutica profissional, de ajuda, sendo o enfermeiro o próprio “instrumento terapêutico” (Lopes, 2018).

De maneira a relacionar a base teórica e os três domínios detalhados no início deste capítulo (esquizofrenia, sobrecarga familiar e psicoeducação familiar), considerámos benéfica a sua exposição no sentido de uma melhor compreensão e ligação entre os conceitos e a intervenção realizada.

Figura 1 - Relação entre os conceitos e a teoria de Meleis et al. (2010)



Fonte: Elaboração própria com base em Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2010); Townsend, M. (2011).

### 3.2 - Processo de Cuidados Individualizado a uma Pessoa com Esquizofrenia: Apresentação de um Caso Clínico

No decorrer deste estágio, foi proposta a realização de um processo de cuidados individualizado, através da apresentação de um caso clínico, nomeadamente de um utente acompanhado em contexto domiciliário, sendo que a sua cuidadora integrou o grupo de psicoeducação familiar.

Assim, a realização deste caso clínico, foi deveras preponderante para a aquisição e desenvolvimento de competências, mais concretamente as comuns e específicas do EEESMP e de mestre.

O processo de cuidados compreendeu as várias etapas do processo de enfermagem, apresentados de forma mais detalhada no Apêndice I.

O utente em questão apresenta o diagnóstico de esquizofrenia.

A colheita de dados foi efetuada, aquando da realização das visitas domiciliárias ao utente e à familiar cuidadora, a mãe (tanto no contato no domicílio, como nas sessões de psicoeducação que a mesma frequentou). De realçar que não foi possível realizar uma entrevista integral ao utente, devido à sua situação clínica e falta de colaboração por parte do mesmo.

Nos diferentes momentos de contato, o utente apresentava postura desadequada (contato evitante, não dirigindo o olhar, deitado na cama) e às vezes hostil, pouco colaborante nas respostas às questões efetuadas, desconfiado e indiferente ao propósito da intervenção. Discurso verborreico, hiperfónico e fluxo rápido. Orientado auto e alopsiquicamente. Quanto ao pensamento, apresentava taquipsiquismo, com fuga de ideias, com alterações claras no conteúdo do pensamento, nomeadamente místicos, de grandeza, bizarros ou somáticos. Pela postura de escuta, solilóquios, perplexidade e latência nas respostas, inferimos a possível presença de alterações da perceção (embora o utente não as revele nos momentos de contato). Quanto ao humor considera-se como disfórico, à nossa abordagem e, mesmo na presença da mãe, com um “tónus” de agressividade verbal. Verificou-se igualmente ausência de *insight*, o que interfere negativamente no seu processo de cuidados e na própria reabilitação psicossocial. Também foram identificadas alterações nas funções psicofisiológicas, no sono, uma vez que apresentava insónia terminal.

No decorrer do estágio final, foi desenvolvido o processo de avaliação diagnóstica, tendo em conta a situação clínica do utente, bem como as preocupações e expectativas da progenitora (sendo ela da mesma forma, envolvida no processo de cuidados). Devemos dizer que com o decorrer do tempo, foi estabelecida uma relação terapêutica com o utente (considerando as características da situação clínica do mesmo e mediante as suas capacidades) e mãe, que se pautou pelo respeito, confiança, compreensão, empatia, tentando ir ao encontro das reais necessidades e potenciar as suas capacidades.

O modelo teórico presente neste caso clínico, foi o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, permitindo uma visão holística, ampla e sistémica dos cuidados de

enfermagem, tal como refere Neuman (2011), citado por Alligood et al. (2021), “*O cliente como sistema pode ser definido como uma pessoa, família, grupo, comunidade ou questão social (...) Os clientes são vistos como um todo cujas partes estão em interação dinâmica*” (p. 250). Desta forma, o foco incidiu nas linhas de defesa, no sentido de contribuir para o empoderamento e adaptação desta família, proporcionando a redução dos fatores de stress e condições adversas.

De referir que, e ainda sobre a colheita de dados, apesar do extremo valor que é a aplicação das escalas de apoio à avaliação diagnóstica, apenas foi possível aplicar a escala de sobrecarga do cuidador (ESC). A ESC foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Cruz Sequeira (2010), que engloba elementos acerca das dimensões da vida social, pessoal, de saúde, financeira, situação emocional e tipo de relacionamento. Esta escala constitui-se como um instrumento, tal como referiu Cruz Sequeira (2010), “*(...) fiável, com boas características psicométricas para avaliar a sobrecarga associada ao cuidar (...) sugere-se a sua utilização quer ao nível da prática clínica como instrumento de diagnóstico (...), quer como instrumento de monitorização/avaliação de programas de intervenção em cuidadores informais*” (p.15). Tem uma pontuação quantitativa e qualitativa, que varia entre 1 a 5 pontos (Nunca [1], Quase Nunca [2], Às vezes [3], Muitas vezes [4] e Quase sempre [5]). O somatório da ESC tem um mínimo de 22 pontos e um máximo de 110, e abrange os seguintes pontos de corte: inferior a 46 (sem sobrecarga), entre 46 a 56 (sobrecarga ligeira/moderada) e superior a 56 (sobrecarga intensa) (Cruz Sequeira, 2010). Na validação da ESC em Portugal, Cruz Sequeira (2010), identificou quatro “propriedades”, sendo elas o impacto da prestação de cuidados, a relação interpessoal, as expectativas face ao cuidador e a perceção da autoeficácia. As primeiras duas associadas à carga objetiva (representadas pelas mudanças no quotidiano de quem cuida) e as últimas duas à carga subjetiva (representadas pela perceção da pessoa que cuida, sobre os efeitos do próprio cuidar) (Cruz Sequeira, 2010).

Esta escala, permitiu identificar o foco stress do cuidador (com uma pontuação de 56, indicador de uma sobrecarga moderada). Desta forma, e tal como defende o Modelo de Neuman, “*Os estressores são estímulos produtores de tensão que podem ser intrapessoais, interpessoais ou extrapessoais*” (Alligood, 2021, p. 257). Daí a pertinência na prioridade desta intervenção, visando a diminuição dos fatores de stress, condições hostis e desfavoráveis existentes no seio familiar, e que consequentemente afetam o seu bom funcionamento. No final da intervenção, foi aplicada novamente a escala que

revelou um score de 47, o que se traduz na “manutenção” de sobrecarga moderada. Contudo, consideramos que esta diminuição significativa do score, revela ganhos obtidos, nomeadamente na diminuição da sobrecarga objetiva sentida pela mãe do utente.

Quanto aos diagnósticos de enfermagem, foram identificados os seguintes: pensamento distorcido, alucinação presente, comportamento agressivo presente, adesão ao regime terapêutico comprometido, sono comprometido, interação social comprometida, abuso de tabaco presente, obesidade presente, autocuidado comprometido, stress do cuidador presente e papel de cuidador comprometido.

As intervenções planeadas, não foram implementadas na sua totalidade, tendo em conta a situação refratária em que o utente se encontra. Desta maneira, implementámos, e passamos a citar algumas delas que permitiram a sua estabilização, bem como a sua segurança e da restante família: gerir a comunicação; orientar para a realidade; executar escuta ativa; ensinar o familiar cuidador sobre alucinação; executar intervenção psicoeducativa à família (no grupo psicoeducativo familiar); colocar limites ao utente; redirecionar a atenção da fonte de agitação; responsabilizar o utente pelo seu comportamento; apoiar na gestão da medicação e instruir sobre o regime medicamentoso; identificar comportamentos promotores da insónia; informar sobre estratégias a adotar para facilitar o sono; executar aconselhamento; ensinar sobre alimentação saudável; assistir no autocuidado; executar apoio emocional; executar relaxamento e instruir sobre estratégias de redução de stress (no grupo psicoeducativo familiar); informar sobre estratégias de coping; executar intervenção psicoeducativa (no grupo psicoeducativo familiar) e treinar estratégias de comunicação e comportamento assertivo (no grupo psicoeducativo familiar).

Porém, destacam-se melhorias relativas à proximidade com os profissionais de saúde, que promovem o seu autocuidado e na comunicação entre os familiares (tanto com a sua mãe como o seu irmão mais novo); na diminuição da agressividade verbal, comparativamente a episódios anteriores; na estabilização da atividade alucinatória e delirante; melhorias ao nível da regularização do sono (sendo que a mãe referiu que o utente dorme atualmente a noite toda); melhorias ao nível do stress e papel da cuidadora, referidas pela própria no domicílio e nos momentos de contato aquando da sua participação no grupo psicoeducativo. O utente apesar de manter consumo abusivo de cigarros, reconhece os seus malefícios. Desde 2022 que o utente não é internado,

sendo que o seu acompanhamento é realizado no domicílio pela equipa multidisciplinar. Em síntese, os focos que apresentaram uma melhoria significativa, recaem nos seguintes: comportamento agressivo (diminuição), sono (melhorado), autocuidado (tomada de consciência sobre a sua importância e realização da mesma de forma frequente), stress do cuidador (diminuição) e papel do cuidador (promover a sua capacitação).

Julgamos que com a realização deste estágio e o planeamento e implementação do processo de cuidados individualizado, foi essencial no que concerne ao desenvolvimento e aquisição das competências comuns e específicas do EEESMP e as de mestre. Desta forma, saliento as que se relacionam com a análise de dados, diagnóstico de saúde mental, planeamento e identificação dos resultados esperados, bem como a aplicação do método de gestão de caso, associado a algumas intervenções realizadas, tais como o supervisionamento do plano individual de tratamento (que incide neste caso à pessoa com perturbação mental grave e família).

### **3.3 - Cuidados Especializados a um Grupo de Cuidadores de Pessoas com Esquizofrenia**

A problemática da intervenção junto das famílias de utentes com esquizofrenia surge por um lado devido à minha experiência laboral, isto é, na minha prática é evidente uma lacuna entre a psicoeducação dada ao doente e familiar durante o internamento e posterior acompanhamento no pós-alta, e por outro lado, neste contexto específico e interventivo, verificámos a necessidade de uma maior assistência. Também com a pesquisa bibliográfica efetuada acerca desta matéria, concluímos que é uma área muito significativa para o ESMP, tornando-se imperativa a criação de um grupo psicoeducativo, que desse resposta às dúvidas, anseios, angústias e partilha de experiências, entre pessoas que vivem de perto com a doença mental.

Worrall et al. (2018), afirmam que *“Os grupos de apoio são definidos como reuniões de pessoas com experiências semelhantes, como aquelas definidas como cuidadores de uma pessoa que vive com uma doença mental (...) têm o objetivo de oferecer apoio e companheirismo (...)”* (p. 85). Os mesmos autores, citando Chien et al.

(2005), declaram que estes grupos, específicos para apoio dos cuidadores, com o diagnóstico de uma doença mental grave, são eficazes na intervenção familiar, verificando-se um atendimento mais eficaz e num aumento das funcionalidades familiar e do próprio indivíduo (Worrall et al., 2018). Sobre os objetivos da formação destes grupos de apoio, destacam-se: educar e informar os indivíduos, potenciando o conhecimento e compreensão do problema/doença; promover um ambiente que permita a exploração de formas de enfrentamento das situações e assistir na exploração de sentimentos entre os membros do grupo, bem como o apoio emocional (Chou et al., 2002, citado por Worrall et al. (2018)). Outros estudos, como Heller et al. 1997, citado por Worrall et al. (2018), concluem outros aspetos importantes, como uma maior capacitação a nível emocional, conhecimento de outros serviços disponíveis, as intervenções vigentes, maior capacidade de enfrentamento quanto ao estigma social e maior proximidade ao familiar cuidado ou entre outros elementos da família. Também o estudo feito por Chou et al, 2002, citado por Worrall et al. (2018), expõe que são evidentes os resultados na diminuição dos sintomas depressivos e na sobrecarga dos familiares. *“(..) os programas de psicoeducação familiar são eficazes na redução da preocupação e do desprazer, melhorando significativamente a tensão intrapsíquica, a depressão e a capacitação”* (Chiu et al., 2013, citado por Worrall et al., 2018, p. 90).

Em linha com a perspetiva anterior, o presente capítulo dará ênfase à descrição da realização e aplicação do projeto de intervenção desenvolvido neste âmbito, assim como os resultados obtidos.

Este processo de aprendizagem e de aquisição de competências em ESMP, foi baseado no processo de enfermagem, como minuciado previamente.

Com o decorrer do período de prática clínica, e para a aquisição dos objetivos e competências já citadas, operacionalizou-se assim o projeto de intervenção psicoeducativa direcionado a cinco familiares cuidadores de pessoas com doença mental (em concreto a esquizofrenia).

Este projeto pretendeu adquirir e desenvolver as competências comuns do Enfermeiro Especialista (com base no Regulamento n.º 140/2019, da OE, 2019) e as específicas do EEESMP (de acordo com o Regulamento n.º 515/2018, da OE, 2018). Assim, planeámos o seguinte objetivo:

- Implementar um programa psicoeducativo de sete sessões direcionadas às famílias da pessoa com esquizofrenia.

Como objetivos específicos foram intitulados os seguintes:

- Adquirir e desenvolver competências de avaliação diagnóstica à família da pessoa com esquizofrenia;
- Planejar e implementar intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica à família da pessoa com esquizofrenia;
- Avaliar os resultados das intervenções implementadas;
- Refletir criticamente acerca da aplicação do projeto de intervenção, neste contexto específico;
- Demonstrar e refletir acerca da aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EESMP que permitam a obtenção do grau de Mestre em EEESMP;
- Aprofundar competências para o desenvolvimento pessoal e profissional.

Salientamos que para a realização deste projeto interventivo, foram tidas em conta o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (OE, 2015), o Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave (OE, 2021) e o Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem (OE, 2023). De notar a valorização que é dada à atuação do enfermeiro especialista nesta área, quanto ao *“respeito pelas capacidades, vulnerabilidades, crenças, valores e desejos do cliente”* (OE, 2015, p. 17035), na dimensão da satisfação do cliente, e que tivémos sempre em consideração nas abordagens realizadas às famílias. Destacamos ainda no enunciado descritivo *“A Promoção da Saúde”*, que enfatiza a seguinte descrição: *“o enfermeiro especialista em saúde mental ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde (...)”* (OE, 2015, p. 17035), e como tal devemos promover competências nas pessoas para que possam adquirir *“(...) a autonomia, a adaptabilidade, a capacidade em lidar com stressores, criar e manter relações íntimas sustentáveis, a auto consciência, a autoestima, a preocupação com os outros, a auto confiança, as competências sociais, a responsabilidade social e a*

*tolerância.*” (OE, 2015, p. 17036). Outra situação bem patente e vital no trabalho com as famílias, são o bem-estar e o autocuidado, que como vem sendo explanado neste relatório, é primordial para uma boa prestação de cuidados por parte do cuidador. A OE (2015), reflete esse mesmo valor, afirmando que o EEESMP deve implementar intervenções que possam potenciar ou maximizar a autonomia das pessoas, sustentando uma das finalidades do projeto psicoeducacional. Quanto à “Adaptação” e à “Relação Psicoterapêutica”, que se constituem como mais dois dos enunciados descritivos, frisamos a *“utilização de técnicas psicoeducativas, psicoterapêuticas e socio terapêuticas que facilitem respostas adaptativas”* (OE, 2015, p.17037), não só ao utente, mas também à sua família e a habilidade no sentido de *“gerir emoções, sentimentos, valores e atitudes presentes na relação”* (OE, 2015, p.17038). Estas foram sendo “trabalhadas”, geridas e supervisionadas, nos diferentes momentos de contato nas sessões psicoeducativas e que, por sua vez, foram definitivamente uma conquista tanto para *nós* (enfermeiros especialistas), como para *eles* (resultado da construção da relação enfermeiro-utente). Por último, julgamos ser considerável mencionar um dos últimos enunciados descritivos “A redução do Estigma e a promoção da inclusão social”, que sustenta a intervenção do EEESMP, com relação à *“(...) otimização dos recursos do indivíduo, família e comunidade para manter e/ou promover a inclusão da pessoa em sofrimento mental decorrente da situação de diferença”* (OE, 2015, p.17038), em que o estigma e o auto-estigma são áreas bastantes delicadas, suscetíveis e promotoras de estigmatização e exclusão, não só dos indivíduos com doença mental grave, mas também dos seus familiares.

Por fim, importa refletir acerca da relevância da nossa prática, perante os enunciados descritos e especificamente na área da saúde mental e psiquiátrica, em que somos fundamentais na constituição de uma relação de excelência, mobilizando-nos *“(...) como instrumento terapêutico e a mobilização de competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade (...)”* (OE, 2015, p.17034).

Tal como sublinhado no início deste capítulo, para a concretização do projeto foram implementadas as diferentes fases do processo de enfermagem (apreciação, diagnóstico, identificação dos resultados, planeamento, implementação e avaliação) (Towsend, 2011).

O programa psicoeducativo, decorreu nos dias 5,6, 11, 13 e 15 de Dezembro de 2023 e 4 e 10 de Janeiro de 2024.

### **Apreciação (Primeira fase do Processo de Enfermagem)**

Como já referido no capítulo anterior, e para delineamento do projeto, foram englobadas não só as necessidades do contexto clínico ao nível da intervenção familiar, como também a minha experiência pessoal e a literatura consultada sobre o tema.

Assim, e segundo Townsend (2011), na primeira etapa do processo de enfermagem, foram recolhidos dados abrangentes acerca dos familiares com esquizofrenia (através do processo clínico), durante as consultas de enfermagem realizadas em ambulatório e auscultados os profissionais de saúde, no sentido de identificar as famílias com maiores necessidades e que careciam de intervenção.

Foi apresentado o projeto à equipa multidisciplinar, que pela concordância entre os elementos da mesma e pelas características dos utentes e face ao contexto de consulta externa, optou-se por uma abordagem multifamiliar.

Foi igualmente encaminhado pedido de autorização ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética, do hospital responsável pela realização do estágio.

Desta apreciação e recolha da informação, foram identificadas cerca de onze famílias, as quais foram contactadas telefónica ou pessoalmente, aquando das consultas de enfermagem ou visitas domiciliárias. Das onze famílias, apenas 5 aceitaram participar no projeto. Sobre os critérios de inclusão, foram decididos os seguintes: familiares de utente com diagnóstico de esquizofrenia, capacidade de compreender a informação transmitida e interesse em participar no programa. Relativamente aos critérios de exclusão ressaltamos: familiares com défices cognitivos, agitação psicomotora ou estado confusional.

Ainda nesta fase (de pré-intervenção), foi realizada uma reunião com os familiares, de forma a: encorajar a participação dos familiares mais próximos e significativos do utente com esquizofrenia; expôr a intervenção em grupo, detalhando o seu objetivo e conceito, dando espaço para a tomada de decisão; estabelecer contrato terapêutico (fornecer o programa “tipo” e consentimento informado); promover a expressão de expetativas e emoções associadas ao programa interventivo; informar

acerca da data e hora da primeira sessão (com a concordância de todos os elementos). Para além do desenvolvimento desta reunião se centrar no anteriormente descrito, a mesma foi essencial no que respeita à aplicação de um breve questionário intitulado de “Avaliação das Necessidades/Interesses dos familiares”<sup>3</sup>, identificando as suas necessidades educacionais e a aplicação do FPQ, como avaliação diagnóstica.

### **Diagnóstico/Identificação dos Resultados (Segunda e Terceira fases do Processo de Enfermagem)**

Nesta fase, após a reunião dos dados colhidos e tendo por base o trabalho realizado na “pré-intervenção”, reforçamos que dos onze temas apresentados (sintomas da doença, tratamento, melhoria da comunicação, sinais de alerta da doença, gestão das emoções, prevenção de recaídas, adesão ao regime terapêutico, estigma, papel da família nos cuidados e suas dificuldades, estratégias de promoção de saúde mental dos familiares e diferença entre saúde e doença mental), todos foram identificados com o grau de interesse entre 2 e 3 (interessado e muito interessado), sendo uma mais valia para o envolvimento das famílias nesta intervenção.

Foram realizadas entrevistas clínicas individuais, de forma a realizar uma avaliação diagnóstica e no sentido de estabelecer uma relação de proximidade e confiança, apesar de dispormos de algum conhecimento sobre aspetos das suas vidas e de já ter havido contato com alguns familiares, durante as consultas de enfermagem, através da consulta do processo clínico ou através dos profissionais de saúde.

Quanto à aplicação do FPQ, importa aludir acerca de alguns aspetos deste questionário. Este instrumento de avaliação foi desenvolvido pelo Instituto de Saúde Pública de Roma e Departamento de Psiquiatria da Universidade de Nápoles (Morosini et al., 1991, citado por Pinho, 2013). Muito utilizado em avaliação de pessoas com perturbações mentais graves, e posteriormente em grupos de famílias, de forma a avaliar a eficácia das intervenções psicoeducativas (Pinho, 2013). Em Portugal, o instrumento foi traduzido e validado por Miguel Xavier e Caldas de Almeida (Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa), aos quais foi solicitada e autorizada a sua aplicação, para a intervenção neste estágio. É um

<sup>3</sup> (elaboração própria, com a seguinte escala: 1 [nada interessado], 2 [interessado] e 3 [muito interessado])

questionário de autopreenchimento, constituído por vinte e nove itens obrigatórios que “(...) *abrange as áreas da repercussão da doença na família (...), necessidade de supervisão, apoio dos técnicos, preocupação, estigma e sentimentos de culpa, apresentando ainda três secções (...) para avaliação do impacto sobre outros filhos existentes e das implicações económicas directas e indirectas*” (Pinho, 2013, p.12). A escala é uma escala ordinal do tipo *Likert* com quatro alternativas de resposta (de “1” a “4”), em que os itens são organizados em cinco fatores ou dimensões, sendo elas: sobrecarga objetiva, sobrecarga subjetiva, apoio recebido de profissionais ou rede social, atitudes positivas e criticismo (Pinho, 2013). Com relação ao intervalo de tempo, a maior parte dos itens dizem respeito aos últimos dois meses, com exceção das questões 14, 56 e 57 direcionadas para o último ano (Pinho, 2013). Por fim, achamos benéfico distinguir a sobrecarga objetiva e subjetiva, tal como aprofundado pelos seguintes autores “(...) *a sobrecarga objectiva, correspondente ao impacto directo das modificações e limitações impostas pela doença de um indivíduo nos seus familiares (...), e a sobrecarga subjectiva, conjunto de sentimentos decorrente da vivência intrapsíquica destas limitações (...)*” (Xavier, Pereira, Corrêa & Almeida, 2002, p. 166-167). Alguns exemplos concretos são alterações das rotinas em casa ou alterações de atividades sociais, dificuldades em questões financeiras ou laborais e sentimentos de culpa, tensão ao nível das relações, medo ou preocupação com o futuro, respetivamente (Xavier, Pereira, Corrêa & Almeida, 2002).

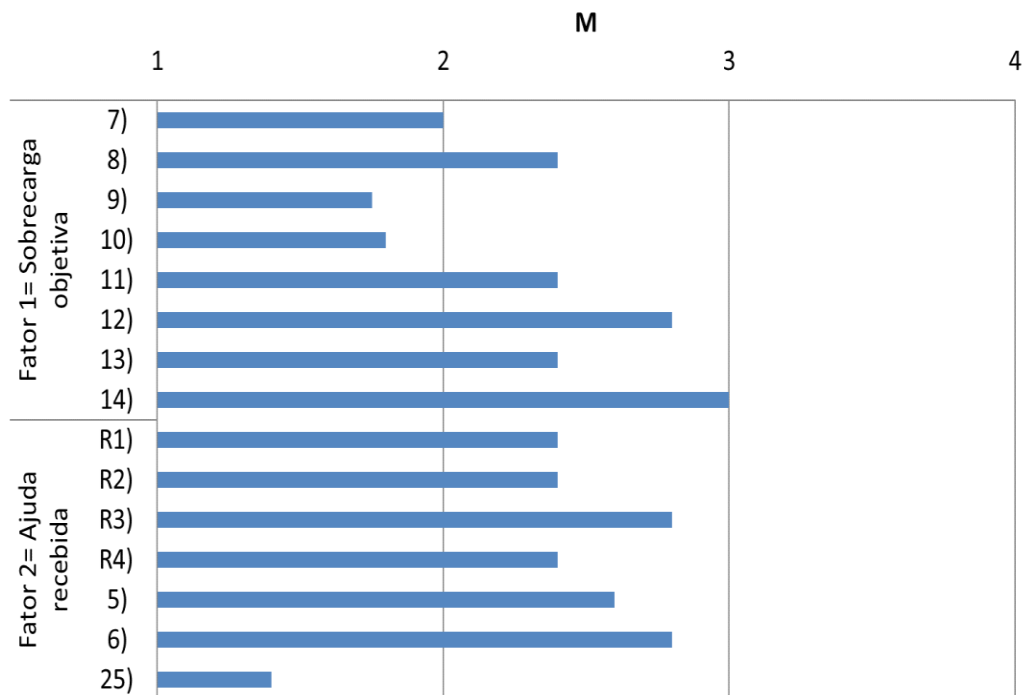
Após a aplicação do FPQ, surgiram os seguintes dados:

**Tabela 1 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS FAMÍLIAS (N=5)**

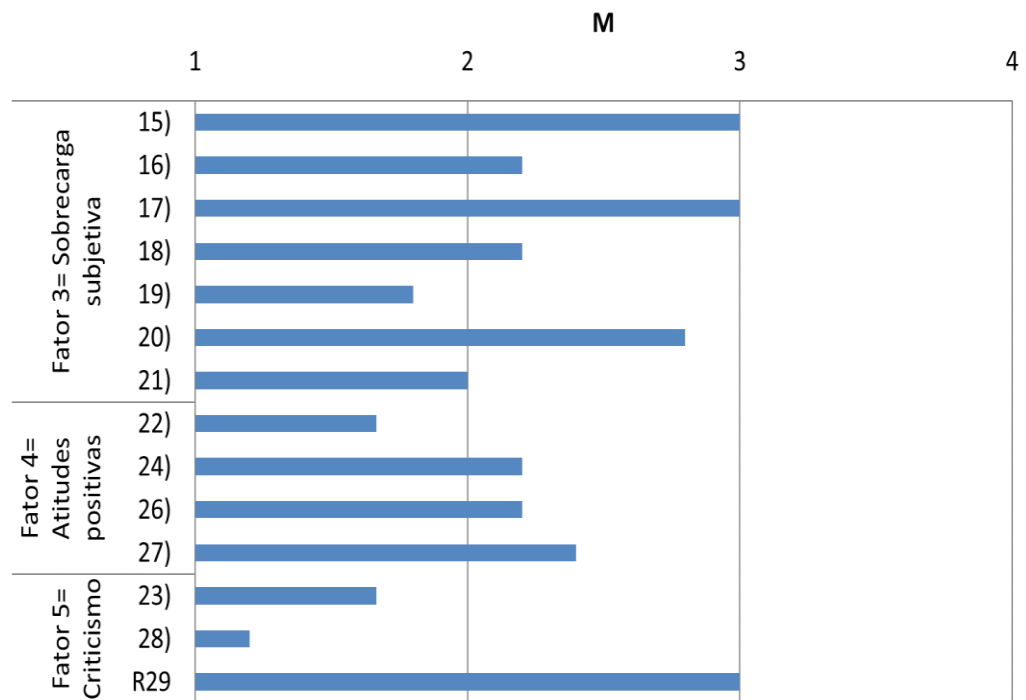
| <b>Famílias</b> | <b>Sexo</b> | <b>Estado civil</b> | <b>Escolaridade</b> | <b>Parentesco com o utente</b> | <b>Situação Laboral</b> |
|-----------------|-------------|---------------------|---------------------|--------------------------------|-------------------------|
| Familiar nº1    | Feminino    | Casada              | 1º ciclo            | Mãe                            | Reformado               |
| Familiar nº2    | Feminino    | Viúva               | Superior            | Mãe                            | Reformado               |
| Familiar nº3    | Feminino    | Viúva               | 1º ciclo            | Avó                            | Reformado               |

|              |          |        |            |     |           |
|--------------|----------|--------|------------|-----|-----------|
| Familiar nº4 | Feminino | Casada | Secundário | Mãe | Reformado |
| Familiar nº5 | Feminino | Viúva  | 1º Ciclo   | Mãe | Reformado |

**Gráfico 1 - Resultados da aplicação do Questionário FPQ, antes da intervenção (Média dos Resultados)**



**Gráfico 2 - Resultados da aplicação do Questionário FPQ, antes da intervenção  
(Média dos Resultados - continuação)**



Tal, como é possível na observação dos gráficos, existem níveis elevados de sobrecarga, quer ao nível do fator sobrecarga objetiva, como da sobrecarga subjetiva, nos quais se destacam valores elevados (3 = Muitas vezes). Este facto, leva-nos a identificar, como diagnósticos de enfermagem:  *coping*  comprometido, stress do cuidador presente, papel do cuidador comprometido e comunicação comprometida. Como resultados esperados, expectamos:  *coping*  melhorado, stress do cuidador diminuído, papel do cuidador melhorado e comunicação melhorada.

#### **Planeamento e Implementação (Quarta e Quinta fases do Processo de Enfermagem)**

Como tem vindo a ser amplamente falado neste relatório, a base interventiva, teve como sustentação o referencial teórico de Meleis et al. (2010), que descreve a relevância de trabalhar com um grupo de pessoas com as mesmas características, isto é, que vivam processos de transição semelhantes e que apresentem diagnósticos “partilhados”, alcançando desta forma melhorias significativas. A identificação entre pares e a suplementação de papéis, trás a “propagação” de novos conhecimentos e

habilidades que permitem o adquirir de uma nova posição ou ponto de vista, nunca antes reconhecido, vislumbrando um novo olhar sobre si e sobre o papel que desempenha e como ele pode afetar os outros (Meleis et al., 2010).

Ainda sobre a intervenção direcionada aos grupos terapêuticos, Townsend (2011), reitera que nestes grupos é fulcral o ensino às pessoas acerca de formas eficazes de gestão do *“stress emocional que tem origem em crises situacionais ou de desenvolvimento”* (p.168). Por outro lado, o mesmo autor afirma que ao nível da intervenção de enfermagem, deve existir um empenho contínuo *“na expansão do seu conhecimento e utilizar os processos de grupo como intervenção significativa na enfermagem psiquiátrica”* (p. 174).

Após as etapas anteriores, deu-se início ao planeamento e implementação das sessões, constituintes do programa psicoeducativo, que se encontra estruturado em sete sessões e as quais pudessem responder concretamente às necessidades e problemas previamente identificados. A periodicidade foi estipulada e acordada entre todos os membros do grupo, consoante as suas exigências e dificuldades, pelo que as sessões sofreram algumas alterações e adaptações. A duração mínima foi de 60 minutos e máxima de 90 minutos e foram realizadas no edifício da consulta externa de psiquiatria, utilizando os recursos já existentes, como mesas, cadeiras, projetor, computador, canetas e folhas. As temáticas abordadas nas diferentes sessões foram:

**SESSÃO 1: Psicoeducação Familiar** (Objetivos: Apresentar e conhecer os elementos que constituem o grupo; Clarificar os temas, objetivos e frequência das sessões; Clarificar os objetivos da psicoeducação familiar e o seu papel nos cuidados; Identificar as dificuldades da família);

Atividades e dinâmicas desenvolvidas: Dinâmica (Quebra gelo): “Apresentação do Grupo” (que consistiu em apresentar uma caracterização da sua pessoa ao grupo).

**SESSÃO 2: Esquizofrenia** (Objetivos: Definir os conceitos de saúde e doença mental; Definir psicose e esquizofrenia; Abordar os sintomas positivos e negativos; Apresentar as causas do surgimento da doença e tratamentos usados);

**SESSÃO 3: Recaídas** (Objetivos: Conhecer as etapas que antecedem a crise; Conhecer o decurso da doença; Prevenir recaídas e identificar sinais de alerta);

Atividades e dinâmicas desenvolvidas: No início da sessão os participantes foram encorajados a partilhar a sua história sobre os acontecimentos que sucedem numa crise. No final da sessão, os participantes foram solicitados a apresentar, na próxima sessão, sugestões para “mover” uma ida do seu familiar a um profissional de saúde (enfermeiro ou médico), em circunstâncias “adversas”.

**SESSÃO 4: Adesão à Terapêutica** (Objetivos: Identificar a importância da adesão ao regime terapêutico; Conhecer o papel da família no acompanhamento; Conhecer os psicofármacos);

Atividades e dinâmicas desenvolvidas: No início da sessão, foram solicitados a expor as suas ideias e sugestões, acerca da “problemática” anterior. Entregue panfleto resumo sobre sinais de alerta nas recaídas e dar a conhecer alguns pontos chave a reter, quando existe a necessidade de encaminhar o familiar a um profissional de saúde.

**SESSÃO 5: Gestão das Emoções** (Objetivos: Conhecer o conceito de emoção; Conhecer estratégias de comunicação assertiva e as vantagens do seu uso; Aliviar a carga emocional);

Atividades e dinâmicas desenvolvidas: Dinâmica “Identificação das Emoções”, em que os familiares identificam a emoção, na imagem física que foi fornecida (identificação destas emoções em si e nos outros). Entregue no final da sessão, um panfleto resumo sobre psicoeducação e gestão da doença.

**SESSÃO 6: Promoção da Saúde Mental** (Objetivos: Definir estigma e autoestigma; Conhecer estratégias que promovam a saúde mental);

Atividades e dinâmicas desenvolvidas: Realizada sessão de relaxamento, no final do módulo.

**SESSÃO 7: Apoio na Comunidade** (Objetivos: Conhecer redes de apoio na comunidade);

Atividades e dinâmicas desenvolvidas: apresentação de vídeo resumo sobre os aspetos mais importantes das sessões e apresentação de um vídeo com o testemunho de uma família, em semelhante contexto. Realizada sessão de relaxamento, no final do módulo.

Ao longo das sessões realizadas e, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão 2015, implementámos as seguintes intervenções psicoterapêuticas:

- Executar Aconselhamento;
- Executar Intervenção Promotora do Processo Familiar;
- Executar Técnica de Relaxamento;
- Executar Escuta Ativa;
- Executar Apoio Emocional;
- Executar Relação de Ajuda;
- Oferecer Suporte Emocional;
- Facilitar a disposição para aprender;
- Promover Interação Social;
- Executar Intervenção Psicoeducativa;
- Ensinar sobre Estratégias de Redução da Ansiedade.

A condução das sessões presenciais, decorreram em parceria com a enfermeira orientadora do estágio e, importa frisar que esta particularidade permitiu sem dúvida o estabelecimento de um ambiente seguro, uma relação de confiança, estabelecendo uma relação de ajuda profissional. Expressão enfatizada por Chalifour (2008), que afirma que o modelo geral de relação de ajuda profissional integra uma interação entre o profissional e o(s) indivíduo(s) *“(...) no sentido de obter uma resposta satisfatória sobre um problema, modificar um comportamento, gerir um sintoma, desenvolver habilidades de adaptação ou de autocontrole”* (p.10). Para o mesmo autor, o próprio contexto da relação, o ambiente físico e social, interferem *“(...) diretamente a forma e a estrutura da relação e ainda, o tipo de serviço oferecido.”* (Chalifour, 2008, p. 11). Desta forma, aspetos como a congruência, autenticidade, apoio incondicional, a disponibilidade, a comunicação verbal e não verbal, a postura ou o tom de voz foram uma preocupação constante para a construção e solidificação da relação enfermeiro-utente.

Com o desenvolvimento das sessões, constatou-se uma boa adesão dos elementos do grupo, em que todos participaram de forma proativa nas sessões, embora todas diferentes umas das outras, mas que na sua postura, motivação e testemunho promoveram uma partilha de histórias, visões, formas de estar e sentir e, por outro lado, o seu bem-estar e à vontade (verbalizado muitas vezes pelas mesmas), refletiu a conquista de muitos dos objetivos “professados”. A identificação e relato das vivências das pessoas com problemas semelhantes, produzem a sensação de não se sentirem tão sós nesta caminhada e o *feedback* positivo dado, permite muitas vezes a aquisição de uma maior consciencialização do problema e novas formas de o enfrentar e, conseqüentemente a promoção de mudanças e desenvolvimento de estratégias adaptativas saudáveis.

A apresentação visual dos conteúdos do programa exposto por método expositivo, foram executados de forma a que todos pudessem entender através de uma linguagem simples (utilizando aspetos mais científicos, sempre que se justificasse), apelativo sob o ponto de vista visual, para que o conteúdo daquilo que fora mais importante assimilar o fosse claro, conciso, fácil e compreensível, para o despertar do interesse de se manter e continuar conosco.

Quanto às atividades e dinâmicas desenvolvidas, estas foram implementadas com o objetivo de facilitar a interação entre os elementos do grupo e promover um processo de reflexão acerca de si (tomada de consciência), promotor de mudança, visto que os relatos e comportamento dos elementos do grupo têm um efeito potenciador.

A intervenção e condução das sessões, foram suportados pela teoria de Meleis et al. (2010), não esquecendo todo o trabalho adquirido na fase da pré-intervenção (isto é todas os componentes facilitadores e inibidores identificados quer tenham sido eles pessoais, comunitários ou sociais), com vista a atingir padrões de resposta positivos ao nível da interação, da integração e da criação de novos significados e adaptação em relação ao meio envolvente, criando confiança e estratégias de *coping*.

### **Avaliação (Sexta fase do Processo de Enfermagem)**

O processo de avaliação desta fase e das ações implementadas, compreendeu vários focos:

- Aplicação do Questionário de Avaliação Global das Sessões Psicoeducativas: foi elaborado este questionário, que englobava as seguintes questões: “1) Considera que esta sessão foi importante para si?; 2) Considera que o tema foi interessante, perante as suas necessidades?; 3) Considera que a profissional dominou os conteúdos, esclareceu as suas dúvidas e respeitou a sua individualidade) e 4) Globalmente o Programa de Psicoeducação foi bom?”.

Na tabela infra são apresentados os resultados:

**Tabela 2 - Resultados do Questionário de Avaliação Global das Sessões Psicoeducativas**

| Famílias     | Questão 1)          | Questão 2)          | Questão 3)          | Questão 4)          | Comentários/<br>Sugestões/<br>Críticas |
|--------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|--|
| Familiar nº1 | Concordo Totalmente | Concordo Totalmente | Concordo Totalmente | Concordo Totalmente | Ausência de comentários                |
| Familiar nº2 | Concordo Totalmente | Concordo Totalmente | Concordo Totalmente | Concordo Totalmente | Ausência de comentários                |
| Familiar nº3 | Concordo Totalmente | Concordo Totalmente | Concordo Totalmente | Concordo Totalmente | Ausência de comentários                |
| Familiar nº4 | Concordo Totalmente | Concordo Totalmente | Concordo Totalmente | Concordo Totalmente | Ausência de comentários                |
| Familiar nº5 | Concordo Totalmente | Concordo Totalmente | Concordo Totalmente | Concordo Totalmente | Ausência de comentários                |

Como é possível aferir, todas as famílias consideraram que as sessões, os temas e conteúdos das mesmas foram importantes e interessantes, dado as suas necessidades e dificuldades sentidas, tendo sido respeitada a sua individualidade. Globalmente o programa foi bom e apesar de o questionário contemplar um espaço para sugestões e comentários, nenhuma das participantes o fez por escrito ou verbalmente. Consideramos que a apreciação qualitativa apresentada foi muito satisfatória. Aliás, algumas delas sugeriram que estas sessões deveriam ser mais extensas e alargadas a mais famílias que se encontrem em situações idênticas.

- Grelha de Observação e Registo de Avaliação das Sessões Psicoeducativas: foi elaborada e aplicada esta grelha de observação, em cada uma das sessões e respeitante a cada uma das participantes.

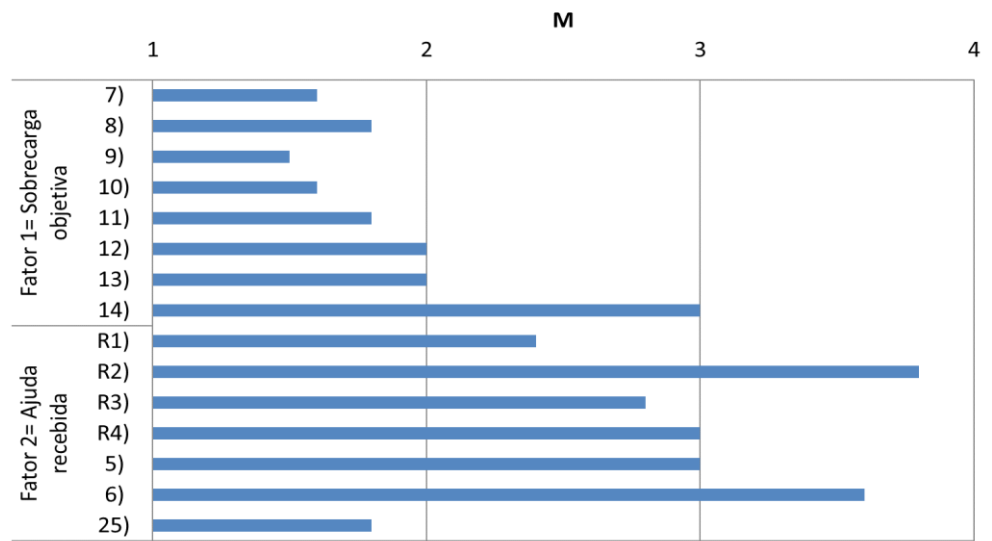
**Tabela 3 - Grelha de Observação e Registo de Avaliação das Sessões Psicoeducativas**

| Nome: |                            |                          |            |           |               |
|-------|----------------------------|--------------------------|------------|-----------|---------------|
| Data  | Motivação/<br>Participação | Atenção/<br>Concentração | Satisfação | Interação | Comportamento |
|       |                            |                          |            |           |               |

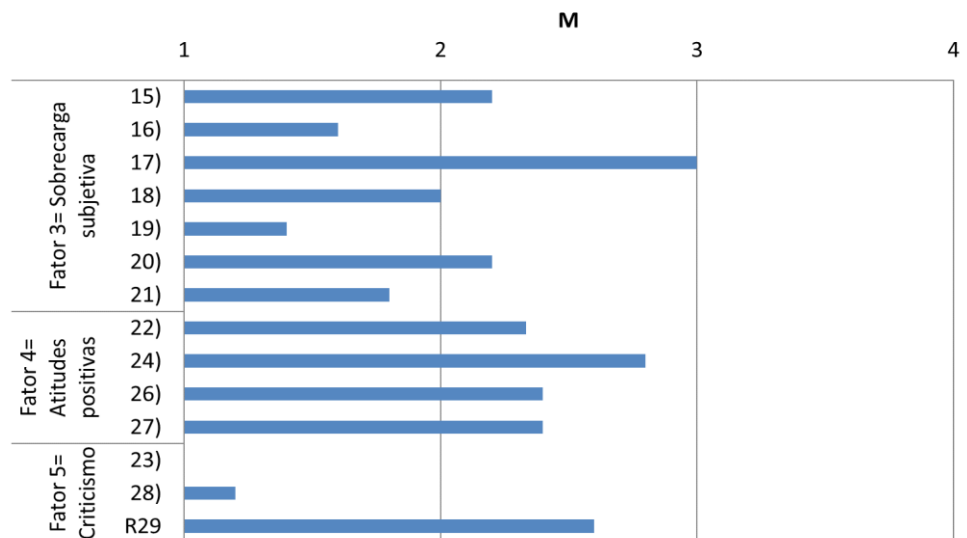
Ao analisarmos os dados, foi possível identificar que as familiares, na maior parte das sessões, participaram espontaneamente aquando da apresentação dos temas ou das atividades desenvolvidas e que estavam concentradas e atentas, a maior parte do tempo. Relativamente à satisfação, demonstraram sinais de satisfação, divertindo-se em alguns momentos e sobre a interação, não necessitaram de estímulo, fazendo-o de forma espontânea e frequente, não só com as dinamizadoras, mas também entre as colegas.

- Após a segunda aplicação do FPQ, surgiram os seguintes dados:

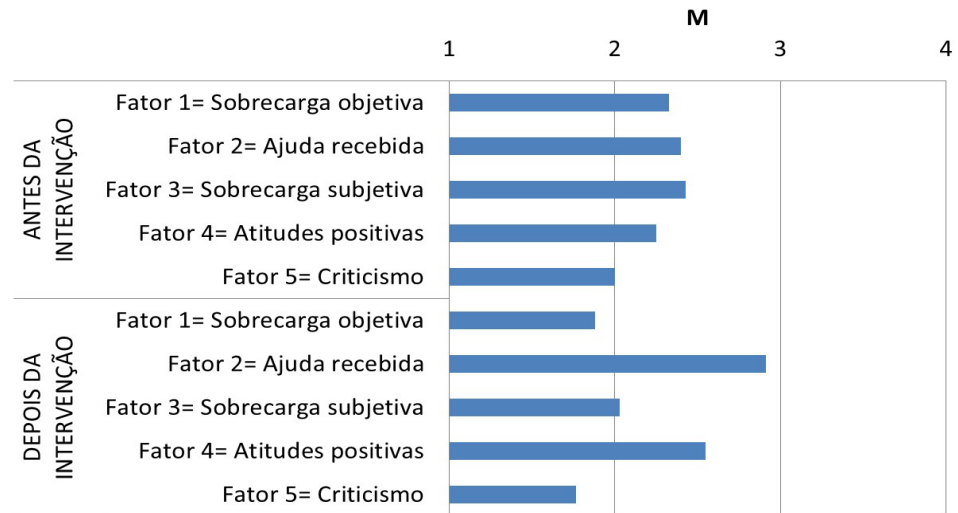
**Gráfico 3 - Resultados da aplicação do Questionário FPQ, após a intervenção (Média dos Resultados)**



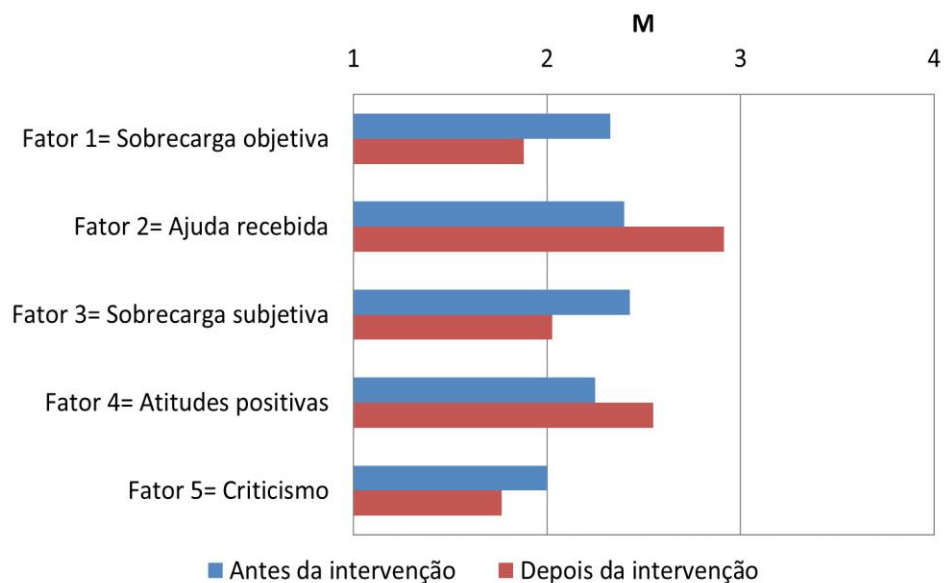
**Gráfico 4 - Resultados da aplicação do Questionário FPQ, após a intervenção (Média dos Resultados - continuação)**



**Gráfico 5 - Comparação dos Resultados da aplicação do Questionário FPQ, antes e após a intervenção (Média dos Resultados)**



**Gráfico 6 - Comparação das dimensões do Questionário FPQ, antes e após a intervenção (Média dos Resultados)**



De uma forma global, verificam-se melhorias significativas em todas as dimensões que constituem o FPQ. Estas melhorias direcionam-se manifestamente sobre a sobrecarga objetiva, ajuda recebida e sobrecarga subjetiva, em que o intervalo de

diferença é considerável. O mesmo não podemos dizer sobre as atitudes positivas e o criticismo, em que ambos apesar de evidenciarem melhorias, não apresentam valores significativos. Assim, e concretamente, existe uma evolução expressiva nos fatores 1,2 e 3.

As transições saúde-doença, resultantes da alteração de uma situação de bem estar da pessoa/família (englobando a cronicidade de uma doença), e norteados pela teoria enunciada por Meleis et al. (2010), direcionam o nosso cuidado de forma a que possamos responder sobre com o que nos deparamos “(...) *reafirmando o cuidado transicional como essência da resposta à valorização do ser humano, enquanto fenómeno privilegiado da enfermagem, e para a valorização da natureza da relação enfermeiro-cliente*” (Santos et al. 2015, p. 154).

Os dados obtidos, permitem-nos afirmar que se obtiveram ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados especializados em ESMP.

Resumindo e mantendo o que “defendemos” desde o início do relatório, com base na literatura consultada e pelas evidências científicas, os grupos de apoio são eficazes no que concerne a melhorias efetivas “(...) *no bem estar e na recuperação dos participantes (...) incluem a redução de sintomas, (...) do número de crises, (...) uso de serviços, bem como a competência social e das redes sociais, o aumento dos comportamentos saudáveis e das percepções de bem estar*” (Worrall et al, 2018, p. 91). Os mesmos autores relatam outros benefícios notáveis sobre a implementação dos grupos psicoeducativos, como a diminuição do isolamento, tomar como exemplo modelos e condutas comportamentais e comunicacionais, superar o estigma, adquirir e utilizar estratégias de *coping* ou aprender sobre estratégias de enfrentamento (Worrall et al, 2018).

De notar que o facto de as dinamizadoras liderarem o programa, mas manterem uma abertura na “co-facilitação” do envolvimento e até em certa parte na liderança do mesmo, facultou em muito os resultados obtidos, no envolvimento dos elementos nos conteúdos e, por conseguinte, na diminuição da sobrecarga e emoção expressa.

De sublinhar a necessidade de buscar novas abordagens quanto aos cuidados de saúde mental voltadas para as sobrecargas dos familiares cuidadores, centradas no acolhimento, na escuta e no fornecimento de orientações para que os familiares consigam partilhar suas dificuldades e receber suporte (Pereira et al., 2020). O

mesmo autor faz sobressair ainda mais esta ideia, afirmando: “*Evidencia-se que a família precisa estar preparada e receber apoio satisfatório para assumir adequadamente o cuidado, deve estar instruída por profissionais para saber entender e lidar com as mudanças (...) do familiar*” (Pereira et al., 2020, p. 7).

Concluimos que os objetivos a que nos propusémos, referentes ao projeto psicoterapêutico, foram alcançados.

Na perspetiva de continuidade e melhoria do projeto implementado, foram definidos os indicadores de resultado infra, de forma a avaliar o seu impacto e, claro avaliar os resultados sensíveis:

**Tabela 4 - Determinação dos Indicadores de resultado subjacentes ao foco “Tomar Conta”**

| <b>Foco Principal</b>              | <b>Indicador</b>   | <b>Fórmula Numerador/Denominador</b>  | <b>Periodicidade</b>                          |
|------------------------------------|--|---|---|
| Tomar Conta (sobrecarga emocional) | Melhoria dos sintomas relacionados com a sobrecarga do familiar cuidador. Escala F.P.Q. (valores inferiores aos iniciais)            | $\frac{\text{N.º de familiares com diminuição dos sintomas relacionados com a sobrecarga}}{\text{Nº total de familiares que participaram no programa}} \times 100$      | No início e no fim do programa psicoeducativo |
| Tomar Conta (emoção expressa)      | Melhoria dos sintomas relacionados com a emoção expressa do familiar cuidador. Questionário F.P.Q. (valores inferiores aos iniciais) | $\frac{\text{N.º de familiares com diminuição dos sintomas relacionados com a emoção expressa}}{\text{Nº total de familiares que participaram no programa}} \times 100$ | No início e no fim do programa psicoeducativo |

**Tabela 5 - Determinação dos Indicadores de resultado subjacentes ao foco “Satisfação com Cuidados de Saúde”**

| <b>Foco Principal</b>            | <b>Indicador</b>  | <b>Fórmula Numerador/Denominador</b>   | <b>Periodicidade</b>                          |
|----------------------------------|---|--|---|
| Satisfação com cuidados de saúde | Satisfação dos familiares que participaram no Programa (Questionário de Avaliação Global das Sessões Psicoeducativas) | Avaliação qualitativa dos resultados do Questionário _____ X100<br>Nº total de familiares que participaram no programa     | Durante todo o programa psicoeducativo        |
| Satisfação com cuidados de saúde | Aumento do índice “ajuda recebida”, no Questionário F.P.Q   | N.º de familiares com aumento do índice “ajuda recebida” _____ X100<br>Nº total de familiares que participaram no programa | No início e no fim do programa psicoeducativo |

**Tabela 6 - Determinação dos Indicadores de resultado subjacentes ao foco “Adesão”**

| <b>Foco Principal</b> | <b>Indicador</b>                  | <b>Fórmula Numerador/Denominador</b>   | <b>Periodicidade</b>                          |
|-----------------------|-----------------------------------|--|---|
| Adesão                | Adesão ao programa psicoeducativo | N.º de familiares nas sessões _____ X100<br>Nº total de familiares “inscritos” no programa | No início e no fim do programa psicoeducativo |

Para terminar, entendemos que para a continuidade do projeto, em contexto de ambulatório, seria pertinente ter em consideração os seguintes aspetos:

- Aumentar recursos humanos, para que as sessões de psicoeducação sejam de forma contínua;
- Aumentar número de famílias por grupo ou gestão do número de famílias por mais grupos (proporcionando a abrangência do programa a mais famílias);

- Contemplar outros temas significativos no programa psicoterapêutico ou aumentar o número de sessões de forma a proporcionar um maior aprofundamento dos temas já existentes;
- Envolver outras áreas (como terapeuta ocupacional, assistente social, psicóloga,...);
- No futuro, poderia pensar-se em “replicar” o projeto, mas direcionado a outras patologias.

## 4 - ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Chegados a este momento, é fundamental a reflexão crítica sobre o nosso percurso e sobre as competências desenvolvidas e adquiridas.

Num primeiro plano, concluímos que as expectativas que inicialmente eram baixas, foram sendo superadas. Prenderam-se por serem baixas, pela gestão da vida pessoal, laboral, familiar e pela própria gestão do estágio, que envolve um ritmo veloz. Por outro lado, a mestranda embrenhou-se nesta área com a qual se identifica desde sempre, e com especial satisfação visto que a área de ambulatório e visitação domiciliária é, inquestionavelmente, o seu contexto de eleição. Em segundo plano, esta “jornada” não se cingiu só a obter e desenvolver conhecimentos (fundamentais na formação e no processo de amadurecimento e fortalecimento profissional), mas condicionou o seu processo de crescimento, autoconhecimento e de aprimoração pessoal.

Torna-se assim essencial, fazer referência às competências comuns e específicas, respetivamente, as *“demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, (...) as (...) que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido (...)”* (OE, 2019, p. 4745). Desta forma, e muito brevemente, o percurso decorrente do mestrado frequentado, oportunizou a aquisição das referidas competências, assim como as de mestre, sendo elas: as competências comuns do enfermeiro especialista, explanadas no regulamento n.º 140/2019 (publicado em Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06); as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, mencionadas no regulamento n.º 515/2018 (publicado em Diário da República n.º 151/2018, Série II de 2018-08-07) e as competências de mestre que constam no Decreto-Lei n.º 65/2018 (publicado em Diário

da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16). De uma forma geral, a autora considera ter desenvolvido as competências supracitadas.

Sobre a primeira competência específica do EEESMP, que concerne ao desenvolvimento e capacidade de autoconhecimento, justifica-se o seu alcance na medida em que é um processo que não é estático, permanecendo em constante evolução e mudança. Ora, a caminhada da mestrandia desde o primeiro dia de aulas até hoje, foi fundamental para uma maior “consciência de si” na pessoa e profissional que é, naquilo que tem que mudar e naquilo que quer e deve ser. O impacto “foi sentido”, o que nos “obriga” inevitavelmente a pensar e fazer diferente. As reflexões quinzenais, efetuadas no decorrer do estágio (observadas pela orientadora pedagógica e supervisora clínica), foram uma mais valia, quanto ao pensar, fazer ou sentir de determinada forma, de ter ou não determinada atuação perante a pessoa, situação ou até entre pares, bem como a importância de determinadas intervenções psicoterapêuticas. Os conteúdos refletidos incidiram em temas como, a integração no local de estágio, a avaliação do estado mental, literacia em saúde mental, o relaxamento, comportamento agressivo, comunicação, aconselhamento e visita domiciliária. O conhecimento dos nossos limites, sentimentos, valores, crenças e a reflexão sobre os mesmos, fazem-nos crescer e melhorar a relação que poderemos estabelecer com o outro, bem como a qualidade da intervenção. Portanto, a gestão desta “balança” é essencial para a abertura ao utente, e fomentando deste modo, o reconhecimento também das suas emoções, sentimentos, manifestando empatia e compreensão, características essenciais na relação terapêutica.

Sob esta perspetiva, acrescentamos outros aspetos primordiais como a vivência do processo saúde-doença, em que a pessoa deve ser olhada como única, singular, tendo os seus valores, crenças, vulnerabilidades e potencialidades e que, nesta linha os cuidados especializados de enfermagem respondam às necessidades e especificidades, não esquecendo toda a envolvência do contexto onde está inserida, nos seus diferentes níveis.

Em concordância com o que foi dito anteriormente, face ao estágio desenvolvido, foram realizados e atualizados os planos de cuidados individualizados, tendo por base ações especializadas, centradas no indivíduo sob um olhar holístico e compreensivo.

Ao longo do estágio final, pudémos compreender a importância da relação enfermeiro-utente-família e da ação vital do enfermeiro especialista: no estabelecimento das relações e na manutenção das mesmas; na compreensão dos seus processos saúde-doença, na natureza da transição e das suas consequências (tal como defende Meleis et al, 2010), que são fulcrais para o nosso entendimento sobre a situação daquela pessoa em específico e fazer a avaliação mais adequada sobre o impacto na sua qualidade de vida, autonomia, funcionalidade, entre outras esferas como a social ou familiar. Deste modo, ao formar uma relação de respeito, confiança e proximidade, “o trabalho em parceria” cresce naturalmente e evolui de forma significativa para ambos, dando frutos que correspondem a um papel ativo no seu processo de cuidados, em conhecimentos mais aprofundados sobre os problemas identificados, a um maior *insight* e *empowerment*, maior capacidade de adaptação e bem-estar. A maior contribuição do enfermeiro especialista, evidencia-se na promoção da qualidade de vida e capacitação do indivíduo, face às vicissitudes, que ocorrem no seu ciclo vital.

A adaptação das intervenções da mestranda, foram uma constante dado que todas as pessoas têm diferentes experiências, vivências, idades, diferentes níveis de instrução e ambientes distintos. Desta forma, as intervenções realizadas (psicoterapêuticas, psicossociais, psicoeducacionais), foram ajustadas e baseadas tendo em atenção as particularidades referidas, apesar de no início a mestranda se sentir o elemento “*outsider*”. Fato que observamos como normal, visto que foi uma pessoa que foi inserida numa equipa (com elementos de referência de há vários anos para os utentes e suas famílias) e deve realizar um caminho para a conhecerem e dar-se a conhecer. Esta situação foi superada com o tempo, com a presença constante e com as intervenções que vinham a ser realizadas, permitindo uma aproximação gradual, consistente, respeitosa e à vontade entre todos, culminando com a eficácia de algumas intervenções e no estabelecimento de uma relação de confiança. Sentimos, de facto, que em bastantes momentos os utentes nos consideravam elementos integrantes e de referência da equipa. Este foi um cenário constante nas consultas de enfermagem realizadas em ambulatório, hospital de dia e visita domiciliária, com a monitorização da supervisora clínica.

A respeito da dimensão da comunicação, importa ressaltar a sua significância em todo este processo de aprendizagem e crescimento, fundamental ao enfermeiro especialista, mais concretamente na resolução de problemas e gestão das emoções,

amplamente “trabalhados” nestes contextos de intervenção. Neste sentido, a utilização da comunicação verbal e não verbal é uma “arma” imprescindível, bem como o nosso autoconhecimento. Estes “aspetos”, não se adquirem, pois, de um dia para o outro... Este treino e este conhecimento sobre nós próprios deve ser um processo contínuo, que nunca pára. *“É fundamental que os profissionais de saúde sejam detentores de conhecimentos, habilidades e recursos que lhes permitam utilizar a comunicação como estratégia de ajuda ao outro, de forma a maximizar os ganhos em saúde”* (Sequeira, 2020, p. 73). É através da comunicação (verbal e não verbal) que nos diferenciamos e baseamos a ação, sendo também considerada um “instrumento terapêutico” que mobiliza as relações estabelecidas, em que as pessoas possam sentir-se compreendidas e bem acolhidas. Ao potenciar a relação terapêutica, através da comunicação, é-nos permitido enquanto futuros enfermeiros especialistas, não só a promoção da reabilitação psicossocial das pessoas com doença mental nos seus variados enquadramentos, quer social, familiar, profissional ou pessoal, mas também o aditamento de mudanças consideradas essenciais para que os indivíduos possam adquirir capacidades para manter, melhorar ou recuperar a sua saúde. Tal como descrito no regulamento n.º 515/2018 (OE, 2018), a reabilitação psicossocial da pessoa contempla algumas capacidades, particularmente, *“(...) ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar”* (p. 21430), refletidas na comunicação e as quais devemos adquirir e desenvolver no nosso percurso profissional. Nesta perspetiva, julgo que este estágio foi vital e uma mais valia não só para o nosso autoconhecimento, como para o aprofundamento e solidificação de conhecimentos e competências neste âmbito. É na comunicação e nas suas técnicas (como o toque, a escuta, o silêncio, os reflexos, o olhar, o conselho ou a informação transmitida), que a base da relação se desenvolve e permite atingir os objetivos da própria pessoa e os objetivos terapêuticos a que nos propomos alcançar.

Esta experiência significou igualmente um maior conhecimento e contato com as pessoas com doença mental e suas famílias ou pessoas de referência, que muitas vezes estão sujeitas ao estigma e preconceito, mas também não esquecendo a existência do auto estigma, com que muitas vezes nos deparámos. A literacia em saúde mental, é um importante alicerce na intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, uma vez que é um “forte aliado” na *“(...) adoção de comportamentos ligados à prevenção e manutenção da saúde mental”* (OE, 2021, p.37). Uma das formas efetivas de implementar esta boa prática foi a psicoeducação. No

estágio final, foi desenvolvido um programa psicoeducativo direcionado às famílias de pessoas com esquizofrenia, o qual incidiu em temas previamente identificados como necessários para serem abordados pelos próprios familiares. A organização do programa, ao nível da sequência, estrutura e temáticas impulsionou um acesso personalizado das pessoas à informação tendo sido o mais atual possível, auxiliando no seu processo adaptativo, com uma configuração clara, simples e breve, para que pudessem entender e reter a informação. Os assuntos variaram consoante as carências verbalizadas pelos participantes, tendo um carácter flexível e dinâmico, com o decorrer do programa, sendo estas características essenciais para este tipo de intervenção em grupo. Uma outra forma “segura” e importante na obtenção do conhecimento foi a entrega de material informativo em suporte de papel, como folhetos, cartazes ou panfletos. Destacamos ainda a consideração espelhada pela OE (2023), relativa à intervenção desenvolvida pelo enfermeiro especialista na área da saúde mental, que refere o seguinte: “(...) os cuidadores considerados como um grupo de risco para o desenvolvimento de problemas do foro mental, é particularmente desafiante e urgente que os enfermeiros estejam preparados, científica e tecnicamente, para a promoção da LSM dos cuidadores” (p.83).

A autora reconhece a valor, na intervenção nos membros da família, no caso clínico apresentado que foi bastante complexo, mas muito importante quanto aos resultados obtidos e envolvimento da progenitora no processo de cuidados. De assinalar que esta familiar, ingressou no grupo psicoterapêutico, o que permitiu também a promoção de mudanças positivas e adaptações, dadas as circunstâncias e transições envolvidas, e alívio da sobrecarga emocional. A interação estabelecida com os elementos, foi favorável neste caso específico, o que demonstra a relevância dos enfermeiros, considerados promotores de interações terapêuticas, que impactam de forma positiva a qualidade dos cuidados (Lopes, 2006). Tal como afirma Alves et al (2018), o ato do EEESMP “(...) no planeamento das intervenções ao doente (...) e suas famílias (...) será uma mais-valia (...) no que diz respeito à avaliação do contexto familiar, como também na participação da reabilitação psicossocial e continuidade dos cuidados” (p.15).

Outra situação, que a autora acha pertinente “examinar”, tem a ver com a construção “de raiz” de um projeto terapêutico e a sua implementação. Foi, efetivamente uma experiência única, com muito trabalho “de bastidores”, desde a

conceção do projeto, aos pedidos de autorização, às entrevistas com os diferentes familiares, à elaboração dos slides e organização dos temas, ao delinear das atividades desenvolvidas durante as sessões e encadeamento das mesmas, a organização dos lanches-convívio após as sessões,... Claro, que todas estas etapas foram possíveis, não só pela orientação pedagógica, mas também pela supervisão clínica, que nos proporcionou a possibilidade de acesso à riqueza que são estas aprendizagens pessoais e académicas. Por outro lado, a passagem como dinamizadora de um grupo terapêutico, facilitou a evolução deste papel, relacionado com o alcance das competências do enfermeiro especialista. A mestrandia experimentou um período em que identificou fraquezas relacionadas a motivação, cansaço, gestão de recursos e limitação de *timings*, o que resultou na implementação de mecanismos de defesa, recursos adaptativos, como a resiliência, dedicação e empenho e numa maior compreensão de si mesma.

Saliento a frequência no XIV Congresso Internacional d’A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, subordinado ao tema “Saúde Mental: uma prioridade para todos”, realizado de 19 a 20 de Outubro de 2023 em Évora.

Ainda no decorrer deste estágio, foi-nos proposto a frequência de um curso de formação, o Treino Metacognitivo para a Psicose, com a duração de quatro semanas (de 6 a 28 de Novembro de 2023), promovido pela Universidade de Évora e coordenado pela Professora Doutora Lara Pinho. O treino metacognitivo é uma intervenção psicoterapêutica, tendo como objetivo modificar os vieses cognitivos e, além de ser uma intervenção com ganhos em saúde, foi mais um fator importante no desenvolvimento do pensamento crítico e na construção contínua da identidade profissional. Foi sem dúvida, mais um momento importante na nossa aprendizagem e desenvolvimento, ao qual apontamos como um possível caminho a seguir e concretizar, dado a área profissional em que nos encontramos.

Em suma, reforçamos o fato de existirem muitas lacunas no que respeita aos cuidados especializados em saúde mental e psiquiátrica, no âmbito dos recursos humanos e nas respostas eficazes, dado o conhecimento científico existente sobre a necessidade e ganhos em saúde comprovados, bem como a literatura existente sobre o assunto. Daí o relevo no investimento em profissionais especializados na área, possibilitando o bem-estar das pessoas e sua reinserção na sociedade, a participação em programas de tratamento e reabilitação psicossocial na comunidade, redução do estigma, melhoria na qualidade dos cuidados prestados e na prevenção de patologias

quer no utente quer na família. Observámos a carência destes mesmos recursos, no decorrer do estágio, em que se constatou que a resposta era parca e insatisfatória tendo em conta as necessidades da população abrangente. Porém, é de louvar o trabalho diário desenvolvido com os utentes e famílias inclusas, em contexto de consulta externa e visita domiciliária.

Concluimos a reflexão com a convicção de que continuamos este percurso cientes sobre tudo o que foi aprendido, vivido e realizado, que se tornou fundamental na nossa evolução em todos os domínios, mas que não pára aqui... Apenas é o começo de um caminho no qual devemos permanentemente querer saber e fazer mais, com vista a melhorar a nossa ação, o nosso conhecimento, a nossa reflexão, a nossa observação, não esquecendo a essência do nosso ser, limitações e potencial e que, inevitavelmente, fará a diferença naquele indivíduo.

## 5 - CONCLUSÃO

Dos estudos e literatura, sobre as quais nos debruçamos para realizar este projeto, emergem significados e constatações que os profissionais nos seus contextos laborais, entendem como fulcrais e “premonitórias”, sobre a importância da psicoeducação familiar nos ganhos em saúde para as pessoas que cuidam dos seus entes com esquizofrenia. Não se descaram também os benefícios para o próprio utente, no que respeita à prevenção de recaídas, melhor adesão terapêutica, melhor qualidade de vida ou diminuição de reinternamentos. A família é, portanto, uma peça imprescindível no processo de reabilitação e manutenção da mesma. De igual forma, a aliança que é criada entre o profissional de saúde e o familiar neste tipo de programa, proporciona uma “alavanca” para um comprometimento e acompanhamento no percurso de todos os envolvidos (utente e familiar).

A realização deste projeto permitiu-nos abrir um caminho de maior aprofundamento e aquisição de competências, culminando também no crescimento pessoal inerente a todo este percurso académico e que, seguramente, criou uma transformação.

O tema em questão explanado no trabalho, fez todo o sentido não só pelos benefícios já comprovados sobre a sua aplicação, mas por considerarmos que muitas vezes a família é um porto seguro para o utente, porém a nossa intervenção carece de maior incidência sobre a mesma. O fato de uma doença crónica se instalar no seio de uma família, acarreta muitas adaptações ao longo do tempo, não só para o utente, mas também para o seu familiar. O aumento da sobrecarga é um exemplo disso como consequência, podendo gerar conflitos, recaídas ou emoções negativas.

A atuação pedagógica e formativa às famílias é vital no seu empoderamento, cimentando bases e alicerces para que consigam promover mudanças, resolver problemas, diminuir sentimentos negativos, quando existe um ambiente emocional desfavorável e que dificultam a sua atuação para com o utente e promover expectativas

o mais realistas possíveis. Da mesma forma, esperamos que as intervenções de enfermagem tenham melhorado o relacionamento entre a “dupla” familiar e utente, possibilitando a inclusão do primeiro no projeto de vida do segundo, mantendo a estabilização da doença, face aos “percalços” que vão acontecendo e reforçar os aspetos positivos e pequenas conquistas que surjam. Ainda sobre os cuidadores, expectamos que com a intervenção realizada sejam capazes de lidar com aspetos que reforcem e melhorem significativamente a sua saúde mental.

A enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, é efetivamente uma área na qual o enfermeiro deve apresentar uma grande capacidade relacional e comunicacional, sendo que as intervenções que compreendem o estabelecimento da relação de ajuda, têm como finalidade o equilíbrio familiar e o favorecimento das transições.

De ressaltar que o referencial teórico foi fundamental para o desenvolvimento da intervenção clínica, fornecendo as ferramentas necessárias e sustentando o trabalho prático, resultando numa constante “simetria” entre teoria e prática e baseada em evidências. Destarte, além do referencial teórico e da metodologia utilizada (processo de cuidados), juntamente com os nossos processos pessoais e profissionais anteriores, surge um “afloramento” destes com a necessidade e instigação da realização do projeto psicoeducativo, viabilizando assim todo este caminho.

Concluimos, com os resultados alcançados, que o enfermeiro especialista desempenha um papel fundamental, facilitando os processos de transição, evidenciados pela diminuição dos níveis de sobrecarga familiar.

Consideramos que foi atingido o objetivo principal, no que se refere ao desenvolvimento e aquisição de competências na área de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, para obtenção do grau de mestre em EEESMP, bem como os objetivos a que nos propusémos, destacados no início do trabalho.

Sobre as dificuldades sentidas, estas foram relatadas ao longo do relatório, e neste momento verificamos uma evolução significativa, desde há cerca de dois anos até esta parte, relacionada principalmente com a capacidade de adaptação, flexibilidade e persistência perante as situações que surgiram.

Posto isto, almejamos que este projeto tenha sido uma mais valia para os participantes, para os enfermeiros que trabalham neste local e que se perpetue no tempo, mas que também possa ser uma replicação futura no nosso local de trabalho (claro com os ajustes e modificações necessárias), uma vez que esta é uma necessidade com a qual nos deparamos. É essencial que sejam introduzidas nos serviços de psiquiatria, sejam eles hospitalares ou comunitários, iniciativas de reabilitação para pessoas com esquizofrenia e familiares, considerando os impactos positivos inerentes à recuperação e manutenção do seu bem-estar.

Terminado este percurso, identificamos com a máxima certeza que o contexto comunitário reflete uma área primordial a ser investida, a qual a mestranda pretende ingressar, tendo a experiência vivida contribuído muito para esta vontade e determinação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, P. (2014). Esquizofrenia. In Figueira, M.L., Sampaio, D. & Afonso, P. (coord), *Manual de Psiquiatria Clínica*. (pp. 163-187) Lidel – Edições Técnicas, Lda.  
ISBN: 978-972-757-960-0.
- Alligood, M. R. (2021). *Nursing theorists and their work E-Book*. Editora Elsevier.  
<https://play.google.com/books/reader?id=usg5EAAAQBAJ&pg=GBS.PR4>.
- Alves, J. F. M., Almeida, A. L., Mata, M. A. P., & Pimentel, M. H. (2018). Problemas dos cuidadores de doentes com esquizofrenia: A sobrecarga familiar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (19), pp. 08-16.  
<https://doi: 10.19131/rpesm.0197>.
- Amaral, A. C., Almeida, E. & Sousa L. (2020). Intervenção Psicoeducacional. In C. Sequeira & F. Sampaio, (coord), *Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções* (pp. 174-176). Lidel – Edições Técnicas. Lda.  
ISBN: 978-989-752-413-4.
- American Psychiatric Association [APA] (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. DSM - 5* (5ª edição). Porto Alegre: Artmed.
- Bajouco, M., Vieira da Silva, T. & Nogueira, V. (2018). Esquizofrenia e Psicoses, (coord), *Psiquiatria Básica em Medicina Familiar* (pp. 187-214). Lidel – Edições Técnicas. Lda.  
ISBN: 978-989-752-367-0.

- Bittencourt, M.N., Dias Marques, M.I., & Diniz de Andrade Barroso, T.M. (2018). Contributos das teorias de enfermagem na prática da promoção de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência, IV* (18), pp. 125-132.  
<https://doi.org/10.12707/RIV18015>.
- Caldas de Almeida J.M., Xavier M. (2009). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental: 1º relatório. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.  
[https://www.researchgate.net/publication/278786138\\_Estudo\\_Epidemiologico\\_Nacional\\_de\\_Saude\\_Mental\\_1\\_Relatorio](https://www.researchgate.net/publication/278786138_Estudo_Epidemiologico_Nacional_de_Saude_Mental_1_Relatorio).
- Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. (2020). 25 mil hospitalizações por esquizofrenia em Portugal. 25 mil hospitalizações por esquizofrenia em Portugal - CINTESIS.
- Chalifour, J. (2008). A Intervenção Terapêutica - Os Fundamentos Existencial-Humanistas da Relação de Ajuda. Vol 1. Lusodidacta. Loures.  
ISBN: 978-989-8075-05-5.
- Chalifour, J. (2009). A Intervenção Terapêutica - Estratégias de Intervenção. Vol 2. Lusodidacta. Loures.  
ISBN: 978-989-8075-21-5.
- Coelho, J., Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Sequeira, C., Lleixà Fortuño, M., & Roldán Merino, J. (2020). A relação de ajuda como intervenção de enfermagem: Uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (23), 63-72.
- Cruz Sequeira, C.A., (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista de Enfermagem Referência, II* (12), pp 9-16.
- Dias, P., Hirata, M., Machado, F.P., Lillar Luís, M. A. & Martins, J. T. (2020). Bem-estar, Qualidade de Vida e Esperança em Cuidadores Familiares de Pessoas com Esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (23), pp. 23-30.

- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2008). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. <https://saudemental.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/09/Plano-Nacional-de-Saude-Mental.pdf>.
- Figueiredo, H. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família. Lusociência. ISBN 978-972-8930-83-7.
- Health Parliament Portugal (2021). Recomendações para o Futuro da Saúde. Health Parliament Portugal 2021. HPP2021\_LivroRecomendacoes.pdf (impresa.pt).
- ICN. (2023). ICNP Browser. International Council of Nurses: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>.
- Lopes, M., Ferreira, P.L., Fonseca, C. & Pinho, L. (2022). Cuidar em Casa. In *E Agora? Relatório de Primavera 2022*. OPSS (Observatório Português dos Sistemas de Saúde).
- Lopes, M. J. (2006). A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Proposta de uma teoria de médio alcance. Coimbra: Formasau.
- Lopes, M. J. (2018). Forming and Maintaining Interpersonal Relationships. In J. Santos & J. Cutcliffe (Eds.), *European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century. Principles of Specialty Nursing (Under the auspices of the European Specialist Nurses Organisations (ESNO))*. pp. 247–257. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4\\_19](https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4_19).
- Marques, M. F. (2016). Cuidados de natureza psicoeducacional. De que falamos? In A sociedade portuguesa de enfermagem de saúde mental (Ed.), E-book: VII Congresso Internacional ASPESM; evidência e prática clínica em saúde mental. pp.252-264. <http://hdl.handle.net/10174/23000>.

- Meleis, A.I., Sawyer, L.M., Im, E., Messias, D.K. & Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.
- Menegalli, V., Silva, F. M. da & Oliveira, A. (2021). Importância da psicoeducação para familiares de pacientes com esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar. *Revista Nursing, (Ed. bras., Impr.)*, 25(284), pp. 7001-7011.
- Ministério da Saúde (2018). Retrato da Saúde, Portugal. ISBN 978-989-99480-1-3.
- OECD (2018). Care Needed: Improving the Lives of People with Dementia (OECD Publishing, Ed.). OECD. <https://doi.org/10.1787/9789264085107-en>.
- de Oliveira Borba, L., Schwartz, E., & Prado Kantorski, L. (2008). A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21 (4), 588-594.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (2015). Regulamento n.º 356/2015. Diário da República, 2.ª série, n.º 122 de 25 de Junho de 2015. Lisboa, Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (16 de setembro de 2015). Lei n.º 156/2015: Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 1.ª série, n.º 181 de 16 de setembro de 2015. Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2017). PARECER N.º 01/2017: *Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na realização de exame do estado mental*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros: Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Padrão de documentação de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (7 de agosto de 2018). Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República, 2.ª Série, n.º 151. Lisboa, Portugal.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (6 de fevereiro de 2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, n.º 26 de 6 de fevereiro de 2019. Lisboa, Portugal.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (8 de julho de 2022). Regulamento n.º 613/2022: Regulamento que define o ato de enfermeiro. Diário da República, 2.ª série, n.º 131. Lisboa, Portugal.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2021). Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave. Lisboa, Portugal.  
ISBN: 978-989-8444-57-8.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2023). Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem. Lisboa, Portugal.  
ISBN: 978-989-8444-64-6.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2023). Guia Orientador de Boas Práticas de Promoção da Literacia em Saúde Mental. Lisboa, Portugal.  
ISBN: 978-989-8444-65-3.

Palmeira, L. (2018). Manual de psicoeducação para profissionais de saúde mental que tratam pessoas com esquizofrenia. Disponível em <http://entendendoaesquizofrenia.com.br/website/wpcontent/uploads/2018/12/Psicoeducacao-para-profissionais-da-saude-mental.pdf>.

- Pereira, C.R., Oliveira, R.C., Araújo, D. D., Silva Júnior, R.F. & Gusmão, R. O. M. (2020). Avaliação da sobrecarga de familiares cuidadores de indivíduos com esquizofrenia. *Rev. enferm. UFPE on line*. 14:e243361.  
<https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.e243361>.
- Pereira, V. (2015). Programa de psicoeducação para familiares de doentes com esquizofrenia. (Tese de Mestrado. Universidade dos Açores. Departamento de Ciências da Educação).  
<http://hdl.handle.net/10400.3/3581>.
- Pfammatter, M., Andres, K. & Brenner, H. D. (2012). *Manual de Psicoeducação e Gestão da Doença na Esquizofrenia*. Edição Encontrar-se.  
ISBN: 978-989-96425-2-2.
- Pinho, L. G. (2013). *Esquizofrenia: Eficácia de um Programa de Psicoeducação com Familiares*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro].  
<http://hdl.handle.net/10773/12810>.
- Pinho, L. M. G., & Pereira, A. M. S. (2015). Intervenção familiar na esquizofrenia: Redução da sobrecarga e emoção expressa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (14), pp. 15-23.  
<http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0101>.
- Pinho, L. G. (2020). Intervenção Familiar na doença mental grave. In C. Sequeira & F. Sampaio, (coord), *Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções* (pp. 216-219). Lidel – Edições Técnicas. Lda.  
ISBN: 978-989-752-413-4.
- Pordata. (2021). Pordata: Estatísticas sobre Portugal e a Europa. Pordata: Estatísticas sobre Portugal e Europa: <https://www.pordata.pt/censos/resultados/populacao-portugal-361>.

- Queirós, T. P., Coelho, F. S., Linhares, L. A., & Correia, D. T. (2019). Esquizofrenia: O que os médicos não psiquiatras precisam saber. *Acta Médica Portuguesa*, 32(1), pp. 70–77. <https://doi.org/10.20344/amp.10768>.
- Ramos, A. C., Calais, S. L., & Zotesso, M. C. (2019). Convivência do familiar cuidador junto a pessoa com transtorno mental. *Contextos Clínicos*, 12(1), pp. 282-302. <https://dx.doi.org/10.4013/ctc.2019.121.12>.
- Relatório do Conselho Nacional de Saúde [Relatório CNS]. (2019). “Sem Mais Tempo a Perder: Saúde Mental em Portugal – Um Desafio para a Próxima Década” © Conselho Nacional de Saúde. ISSN: 2184-6960. SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf (min-saude.pt).
- Renca, S. & Cerejeira, J. (2014). Esquizofrenia. In Saraiva, S.B & Cerejeira, J. (coord), *Psiquiatria fundamental*. (pp-135-158) Lidel - Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-989-752-071-6.
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, I. (2015). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Milênio - Jornal de Educação, Tecnologias e Saúde*, (49), pp. 153–171. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8083>.
- Sequeira, C. (2020). Comunicação em Saúde Mental. In C. Sequeira & F. Sampaio, (coord), *Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções* (pp. 73-74). Lidel – Edições Técnicas. Lda. ISBN: 978-989-752-413-4.
- Serviço Nacional de Saúde [SNS]. 2023. Saúde Mental - Esquizofrenia. Ministério da Saúde. <https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-mental/esquizofrenia/>.

- Sistema Nacional de Saúde. (2021). *Dia Mundial da Pessoa com Esquizofrenia*. Sistema Nacional de Saúde: Dia Mundial da Pessoa com Esquizofrenia - Saúde Mental (min-saude.pt).
- Sousa, L. Sequeira, C., Ferré Grau, C. & Sampaio, F. (2020). Familiar Cuidador. In C. Sequeira & F. Sampaio, (coord), *Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções* (pp. 162-166). Lidel – Edições Técnicas. Lda.  
ISBN: 978-989-752-413-4.
- Taffner, V. B. M., Pimentel, R.R. da S., Almeida, D. B. de F.; Freitas, G. F. de & Santos, . J. do. (2022). Teorias e Modelos de Enfermagem como referenciais teóricos de teses e dissertações brasileiras: estudo bibliométrico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(4), e20210201.  
<https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0201>.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de cuidados na prática baseada na evidência*. 6ª Ed. Loures: Lusociência.
- Worrall, H. , Schweizer, R. , Marks, E. , Yuan, L. , Lloyd, C. & Ramjan, R. (2018). A eficácia dos grupos de apoio: uma revisão da literatura. *Saúde Mental e Inclusão Social* , 22(2), pp. 85-93.  
<https://doi.org/10.1108/MHSI-12-2017-0055>.
- Xavier, M., Pereira, M. G., Corrêa, B. B. & Almeida, J. M. C. D. (2002). Questionário de problemas familiares: desenvolvimento da versão portuguesa de um instrumento de avaliação de sobrecarga familiar. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(2), 165-177.
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20(6), 649-655.  
doi:10.1093/geront/20.6.649.

## **APÊNDICE I - CASO CLÍNICO**

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



ES  
S  
Escola Superior Saúde  
IPPortalegre



IPS  
Instituto Politécnico de Setúbal  
Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco  
Escola Superior de Saúde  
Dr. Lopes Dias

Psiquiátrica

Unidade Curricular: Estágio Final

Docente Responsável da Unidade Curricular:

Prof<sup>a</sup>. Dra. Lara Manuel Guedes De Pinho

Outros Docentes:

Prof<sup>o</sup>. Dr. Adriano De Jesus Miguel Dias Pedro

### Caso Clínico

Discente Sónia Pinto (22946)

Supervisora Clínica: Enf<sup>a</sup>. Maria Rosa Palma

Orientadora Pedagógica: Prof<sup>a</sup>. Dra. Lara Pinho

Janeiro

2024

Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde  
Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde  
Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus  
Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde  
Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Curso de Mestrado em Enfermagem

Unidade Curricular: Estágio Final

Docente Responsável da Unidade Curricular:

Prof<sup>a</sup>. Dra. Lara Manuel Guedes De Pinho

Outros Docentes:

Pro<sup>o</sup>. Dr. Adriano De Jesus Miguel Dias Pedro

Caso Clínico

Discente: Sónia Pinto (22946)

Supervisora Clínica: Enf<sup>a</sup>. Maria Rosa Palma

Orientadora Pedagógica: Prof<sup>a</sup>. Dra. Lara Pinho

Janeiro

2024

## ÍNDICE DE FIGURAS

|                           |    |
|---------------------------|----|
| FIGURA 1 – GENOGRAMA..... | 32 |
| FIGURA 2 – ECOMAPA .....  | 34 |

## ÍNDICE DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| TABELA 1 – AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS..... | 15 |
| TABELA 2 – TERAPÊUTICA ATUAL .....                         | 20 |
| TABELA 3 – FOCOS E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM.....         | 35 |
| TABELA 4 – PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS.....               | 38 |
| TABELA 5 – RESULTADOS ESPERADOS SEGUNDO A NOC.....         | 41 |

## ÍNDICE DE ANEXOS

|  |    |
|--|----|
| ANEXO I - ÍNDICE DE BARTHEL.....   | 51 |
| ANEXO II - ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO..... | 54 |
| ANEXO III – ESCALA DE MORSE.....   | 56 |
| ANEXO IV – ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR.....                               | 58 |

## ABREVIATURAS E SIGLAS

APA – *American Psychological Association*

cm - Centímetros

°C - Unidade da Escala Celsius

DGS - Direção Geral de Saúde

ESC - Escala de Sobrecarga do Cuidador

IMC - Índice de Massa Corporal

NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem

OE - Ordem dos Enfermeiros

Kg - Quilogramas

Kg/m<sup>2</sup> - Quilograma por metro ao quadrado

mg - Miligramas

mmHg - Milímetros de Mercúrio

WC - *Water Closet* (quarto de banho)

# ÍNDICE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>INTRODUÇÃO</b>                                     | <b>8</b>  |
| <b>1 - O MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN</b>       | <b>10</b> |
| <b>2 - APRESENTAÇÃO DO CASO DO UTENTE</b>             | <b>12</b> |
| <b>3 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS</b> | <b>15</b> |
| <b>4 - AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL</b>                 | <b>19</b> |
| <b>5 - GENOGRAMA E ECOMAPA</b>                        | <b>32</b> |
| <b>6 - PLANEAMENTO DAS INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS</b>  | <b>35</b> |
| <b>7 – CONCLUSÃO</b>                                  | <b>45</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>                     | <b>47</b> |
| <b>ANEXOS</b>   | <b>50</b> |

## INTRODUÇÃO

A apresentação deste caso clínico tem como objetivo principal a aquisição de competências, nomeadamente as comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, espelhadas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, respetivamente. Incide igualmente na realização e implementação de um plano de cuidados individualizado, tendo por base o levantamento de diagnósticos, intervenções e resultados esperados, face à avaliação diagnóstica. O desenvolvimento deste caso permitirá adquirir maior conhecimento nesta área e refletir acerca das minhas intervenções e crescimento enquanto profissional e futura especialista.

Com o presente trabalho pretendo apresentar a situação do utente F.G., tal como o seu plano de intervenção terapêutico, considerando o mesmo em contexto domiciliário. A escolha deste utente deve-se essencialmente ao fato de a progenitora estar inserida no grupo psicoeducativo familiar, desenvolvido para algumas famílias de utentes seguidos em consulta externa, e também por se apresentar como sendo um quadro complexo.

O estudo de caso, pode ter as mais variadas aplicações, sendo relevante para o conhecimento dos fenómenos e constituindo-se como uma forma de pesquisa estruturada (Andrade et al, 2017).

Na área da enfermagem, os estudos de caso, são utilizados para entender os problemas e necessidades da pessoa, da família ou comunidade, permitindo assim que os profissionais, neste caso os enfermeiros, identifiquem a melhor estratégia para solucionar, melhorar ou reduzir os problemas que foram identificados. (Galdeano, Rossi & Zago, 2003). Para os mesmos autores, este entendimento acerca de uma pessoa, família ou comunidade, tendo por base a sua complexidade e ação próprias, permite a aquisição de dados e

elementos essenciais na tomada de decisão clínica. (Galdeano, Rossi & Zago, 2003).

A Ordem dos Enfermeiros (2023), afirma que a metodologia de “Estudo de Caso”, tem-se revelado significativo e como “(...) *um método amplo que permite ser aplicado a uma grande variedade de problemas de saúde e contribui, de forma consistente, para o desenvolvimento de um corpo de conhecimento próprio.*”

O trabalho apresenta-se dividido em 6 capítulos. No primeiro faremos uma breve abordagem conceptual com base no Modelo de Sistemas de Betty Neuman, que norteará as intervenções; no segundo capítulo será apresentado o caso clínico do utente; o terceiro capítulo será feita uma breve avaliação das catorze necessidades humanas básicas, desenvolvidas por Virgínia Henderson; seguidamente, no quarto capítulo será explanada a avaliação do estado mental; no quinto capítulo será exposto o genograma e ecomapa; no sexto capítulo será apresentado o planeamento das intervenções terapêuticas e, por último, no sétimo capítulo serão aprofundadas as considerações finais. Em último lugar, será apresentada a bibliografia utilizada.

A norma para elaboração deste trabalho é a utilizada pelo Instituto Politécnico de Portalegre e a norma de referência bibliográfica aplicada é a *American Psychological Association [APA] 7ª edição*.

## 1 – O MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

Como expresse anteriormente, para o estudo de caso procedeu-se à colheita de dados, através de uma entrevista com o seu cuidador informal (bem como os seus contributos fornecidos em outros momentos de contato) e a consulta do seu processo clínico. Não foi possível realizar uma entrevista integral, pela falta de colaboração do utente.

O modelo teórico presente neste trabalho é o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, permitindo uma melhor compreensão e conhecimento da situação sob o ponto de vista da enfermagem. Consolidar o pensamento e a práxis, com recurso às teorias de enfermagem, confere à profissão maior reconhecimento como ciência e disciplina (Alligood & Tomey, 2004). Por outro lado, a escolha desta teórica deveu-se ao fato de nos dar uma perspectiva que se constitui como holística, ampla e sistémica dos cuidados de enfermagem e pela sua relevância ao nível da área da saúde mental e psiquiátrica. Tal como refere Neuman (2011), citado por Alligood et al. (2021), *“O cliente como sistema pode ser definido como uma pessoa, família, grupo, comunidade ou questão social (...) Os clientes são vistos como um todo cujas partes estão em interação dinâmica”* (p. 250).

Desta forma, o foco incidiu nas linhas de defesa, no sentido de contribuir para o empoderamento e adaptação desta família, proporcionando a redução dos fatores de stress, condições adversas e gerando reações ajustadas. A sustentação deste modelo baseia-se em quatro metaparadigmas fundamentais, sendo eles: Pessoa, Enfermagem, Ambiente e Saúde. A Pessoa é percecionada como “cliente”, um sistema aberto e em constante interação com o ambiente. Este, pode apresentar-se como *“(…) um indivíduo, uma família, um grupo, uma comunidade, ou uma questão social.”* (Neuman, 2011, p. 15). A mesma autora afirma que “o sistema

cliente” pode englobar mais que um indivíduo em interação com o ambiente, tal como a família ou comunidade (Neuman, 2011).

De realçar que o processo de enfermagem, para Neuman (2011), centra-se nas fases de diagnóstico de enfermagem, objetivos e resultados, que incidem na colheita de dados (relacionando as interações das variáveis, elementos stressores e suas consequências), na definição de intervenções eficazes (orientadas para a pessoa enquanto sistema) e na implementação de um ou mais modos de prevenção (primária, secundária ou terciária), respetivamente. Desta forma é de sublinhar que as intervenções devem ser “incisivas” relativamente aos elementos stressores.

Os cuidados domiciliários representam uma importantíssima forma de interação, compreensão e intervenção, daquilo que são os problemas da pessoa com doença mental e restantes membros que fazem parte desse núcleo. São, desta forma, uma alavanca na promoção, manutenção e recuperação da saúde do(s) indivíduo(s), permitindo melhorar e alcançar ao máximo, a sua qualidade de vida. Sendo assim, a visita domiciliária, realizada ao utente e família neste caso específico, permite-nos, enquanto profissionais de saúde ter uma visão mais realista e profunda das reais dificuldades e, tal como aborda o modelo, vislumbrar este processo de saúde-doença vivenciado pelos mesmos e cuidar desta “unidade familiar” como um só.

Por último acrescento que, foi com base na metodologia deste modelo, que baseei a minha intervenção (tendo em conta todas as etapas que dela fazem parte), complementando-se com o estabelecimento de uma relação de confiança.

## 2 – APRESENTAÇÃO DO CASO DO UTENTE

A apresentação do utente é feita com base em avaliações realizadas aquando da visita domiciliária e em entrevistas realizadas ao utente (recolhendo os dados possíveis e observáveis) e à mãe do utente (tanto no domicílio em momentos de contato, como após a sua participação no grupo de psicoeducação familiar).

O utente F.G., atualmente com 52 anos de idade, nasceu em 1971, tem nacionalidade portuguesa e reside na área de abrangência desta consulta externa. Solteiro, vive com a mãe e um irmão. Tem dois irmãos: um mais velho, de 54 anos neste momento a residir fora do concelho, vive com a sua companheira, sem filhos e tem como atividade ocupacional a pintura e música; o irmão mais novo, vive em casa da mãe com o F.G., atualmente empregado numa loja de informática, tem uma filha de 15 anos e sua companheira vive fora do concelho por razões profissionais. A mãe é reformada (docente do ensino básico), o pai, já falecido trabalhava como “estafeta” na empresa do irmão. O F.G. tem o 11º ano de escolaridade e está reformado há cerca de 25 anos.

Segundo a mãe, os primeiros sintomas do utente surgiram no final da adolescência/ início da fase adulta, surgindo principalmente o isolamento social, comportamentos bizarros, solilóquios e anedonia. O diagnóstico de Esquizofrenia surge na década de 90, mais precisamente aos 22 anos.

Na infância, o utente sempre teve muitos amigos, relacionando-se com os pares e adultos de forma saudável: “Ele com 5 anos anos foi para o ensino básico... Eu tenho a certeza que ele era sobredotado... Teve o primeiro computador com 9 anos e nessa altura quando ainda não se sabia bem o que era a internet, o meu filho já tinha acesso a ela, de forma ilegal... Para esta altura, há 42 anos era uma coisa surreal! Chamavam-lhe o “Futre” dos computadores!” (segundo informação colhida)

O utente, com 16 anos de idade, iniciou consumos tóxicos, nomeadamente haxixe e heroína, mantendo-os até aos 22 anos. Segundo a mãe, “Ele era muito inteligente... O meu filho tem formação em informática, área em que chegou a trabalhar e fez inclusive um programa de totoloto, por “autocriação”, que publicou e pagou a patente. Houve duas ou três pessoas que até lhe compraram o programa!” (segundo informação colhida).

Quanto aos antecedentes pessoais, além dos psiquiátricos (Esquizofrenia) o utente apresenta: Diabetes Mellitus do tipo 2, Hepatite C crónica, obesidade, tabagismo (entre 40 a 60 cigarros por dia) e ex-toxicodependente (abstinente há vários anos). Desconhecem-se alergias medicamentosas ou alimentares.

Sobre os internamentos no serviço de psiquiatria, estão contabilizados cerca de 5 ao longo da sua vida. Mais recentemente, no ano de 2022, esteve internado por um longo período de tempo, por diabetes inaugural, tendo-se verificado uma difícil estabilização tanto da patologia física como psiquiátrica. Após o episódio e respetiva recuperação, tem alta para o domicílio da mãe, a aguardar vaga para uma instituição.

Durante o seu percurso o utente teve alguns empregos (protegidos até), mas nunca conseguiu manter-se estável o suficiente para manter essa atividade, pelo que após cerca de algumas semanas, o próprio abandonava. Fez vários cursos de informática.

Atualmente apresenta alterações do pensamento (delírios multitemáticos) e alterações da perceção (alucinações auditivas).

No presente momento o senhor F. G., passa a maior parte do tempo em casa, no seu quarto. Ocupa-se muito com o computador, na visualização de filmes, programas e a ouvir música. Segundo a mãe, não colabora nas rotinas domésticas e “nem tem capacidade para isso.” Por vezes, o utente apresenta um sono agitado (“Há noites que quase não dorme e sai de casa muito cedo para andar por aí e beber café...” - segundo informação colhida).

Apresenta maus hábitos de higiene, sendo que por vezes fica uma semana ou mais sem proceder aos seus cuidados de higiene ou até trocar de roupa.

Desde o início, após o diagnóstico da patologia psiquiátrica, sempre apresentou má adesão terapêutica, que ainda mantém. Recusa igualmente

ir a consultas (médicas e de enfermagem), pelo que estas são realizadas no domicílio, assim como a administração do injetável de libertação prolongada, em contexto de visita domiciliária.

Apresenta pontualmente agressividade verbal dirigida à mãe (e inclusive já apresentou um episódio de heteroagressividade física, o que motivou o seu último internamento no serviço de psiquiatria).

O utente sempre foi pouco colaborante na colheita de dados, com pensamento desagregado, taquipsiquismo, fuga de ideias, pensamento acelerado, apresentando atividade alucinatória e delirante a maior parte do pouco diálogo estabelecido. A informação foi essencialmente colhida através dos contributos fornecidos pela mãe, equipa de enfermagem e através do conteúdo exposto no processo, como já mencionado.

### 3 – AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

Data das entrevistas em contexto de visita domiciliária (utente e mãe):  
20/09/2023; 18/10/2023; 15/11/2023; 13/12/2023; 17/01/2024.

Esta breve avaliação foi realizada com base na teoria de Virginia Anderson, a teoria das necessidades básicas, que incide na avaliação de catorze componentes, fornecendo uma orientação na identificação dos problemas dos envolvidos e no planeamento dos cuidados. Tal como refere a autora, *“A função (...) do enfermeiro é ajudar o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho daquelas atividades que contribuem para a saúde ou (...) recuperação (ou para uma morte pacífica) que ele realizaria sem ajuda se tivesse a força, a vontade (...) ou conhecimento...”* (Henderson, 1964, p. 63, citado por Alligood, 2021).

**Tabela 1 - Avaliação das Necessidades Humanas Básicas**

| Dimensões               | Avaliações   | Observações |
|-------------------------|--|-------------|
| Respiração e Circulação | <ul style="list-style-type: none"><li>• Respiração: 20 ciclos por minuto, toraco-abdominal, regular;</li><li>• Tosse e secreções: Não apresenta;</li><li>• Frequência cardíaca: 80 bpm, cheio, rítmico;</li><li>• Tensão arterial: 118/77 mmHg (última avaliação observada em sistema informático);</li><li>• Coloração da pele e mucosas: Pele e mucosas coradas e hidratadas;</li><li>• Edemas: Sem edemas;</li><li>• Hemorragias: Sem hemorragia.</li></ul> |             |
| Termorregulação         | <ul style="list-style-type: none"><li>• Temperatura timpânica: 36,2°C (última avaliação observada em</li></ul>   |             |

|                          |   |   |
|--------------------------|---|---|
|                          | sistema informático).   |   |
| Alimentação e Hidratação | <p>Dados fornecidos pela mãe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso: 100 kg;</li> <li>• Altura: 170 cm;</li> <li>• IMC: 34.6 kg/m<sup>2</sup>, que corresponde a obesidade (Classe I);</li> <li>• Hábitos dietéticos apurados: Alimenta-se cerca de três a quatro vezes por dia (pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar ou ceia);</li> <li>• Autonomia para se alimentar: totalmente independente (Anexo I – Índice de Barthel);</li> <li>• Mastigação: Dentição incompleta. Recusa tratamento;</li> <li>• Deglutição: Sem alterações;</li> <li>• Pele e mucosas: Hidratadas.</li> </ul> | <p>Avaliação do Índice de Massa Corporal consoante o Score:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inferior a 18,5 – Baixo peso;</li> <li>• 18,5 a 24,9 – variação normal;</li> <li>• 25 a 29,9 – pré-obesidade;</li> <li>• 30 a 34,9 – obesidade classe I;</li> <li>• 35 a 39,9 – obesidade classe II;</li> <li>• Superior a 40 – obesidade classe III.</li> </ul> |
| Eliminação Urinária      | Autonomia: totalmente independente (Anexo I – Índice de Barthel).   | Sem outras alterações, dignas de registo  |
| Eliminação Intestinal    | Autonomia: totalmente independente (Anexo I – Índice de Barthel).   | Sem outras alterações, dignas de registo.   |
| Mobilidade               | Autonomia: totalmente independente (Anexo I – Índice de Barthel).   | Sem outras alterações, dignas de registo.   |
| Sono e Repouso           | Segundo informação da mãe, o utente apresenta insónia terminal (despertar às 5 ou 6 horas da manhã).  |   |
| Dor                      | O utente F. G. nunca verbalizou dor, aquando dos momentos de contato ou de prestação de cuidados (Score=0).   | <p>Escala numérica da dor:</p> <p>0 corresponde à classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima).</p>  |
| Higiene                  | Hábitos de higiene: deficitários (apesar de ser totalmente independente na realização desta atividade de vida diária - Anexo I – Índice de Barthel - o utente por   |   |

|                        |  |   |
|------------------------|--|---|
|                        | <p>vezes só a realiza uma vez por semana ou mais - situação verbalizada pela sua progenitora, constituindo-se problema);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integridade da pele: Pele corada, hidratada e íntegra</li> <li>• Risco de úlcera por pressão: Baixo risco - Score de 23 pontos (Anexo II – Escala de Braden).</li> </ul>                 |   |
| Vestir-se e Despir-se  | Autonomia: totalmente independente (Anexo I – Índice de Barthel).  |   |
| Segurança              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risco de Queda: Baixo risco de queda (Anexo III– Escala de Morse)</li> <li>• Risco de autolesão: Não apresenta. Segundo a mãe e, após consulta do processo clínico, nunca apresentou comportamentos autolesivos.</li> <li>• Nível de consciência: Utente consciente e orientado no tempo, espaço e pessoa.</li> </ul> |   |
| Comunicação            | Não se identificaram alterações visuais, auditivas ou alterações na linguagem.   | <p>Sobre a relação com os familiares, o utente tem uma maior aproximação à mãe e ao irmão mais novo, que vive também no domicílio.</p> <p>Quanto aos profissionais de saúde, apresenta uma relação próxima sobretudo com as enfermeiras que realizam a visita domiciliária.</p> |
| Atividades Recreativas | Sem atividades ocupacionais fora do domicílio. Passa a maior parte do tempo no seu quarto, a ouvir música ou a jogar.  | Utente reformado desde os 22 anos.  |
| Espiritualidade        | <p>Crença Religiosa: Católico (não praticante).</p> <p>Não se conseguem apurar outras dimensões como o sentido que dá</p>  |   |

|              |  |   |
|--------------|--|---|
|              | à vida ou a sua autoestima.  |   |
| Aprendizagem | Utente não reconhece o seu estado de saúde e sem insight para o mesmo. | Não se identifica que seja um problema para o utente ou para a mãe, sendo que a própria afirma: “Ele já não tem capacidade para isso... O que me aflige é o meu cansaço, o ele ser agressivo ou não dormir” |

## 4 – AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

Data das entrevistas em contexto de visita domiciliária (utente e mãe):  
20/09/2023; 18/10/2023; 15/11/2023; 13/12/2023; 17/01/2024.

Data das entrevistas no decorrer da participação no Grupo Psicoeducativo Familiar (mãe do utente): 5, 6, 11, 13 e 15/12/2023; 4 e 10/01/2024.

### **História Biopsicossocial e de Saúde**

Identificação:

- Nome: F. R. S.G.;
- Nome pelo qual gosta de ser tratado: F.;
- Idade: 52 anos;
- Género: Masculino;
- Estado de Relação: Solteiro;
- Religião: Católica;
- Atividade Laboral/ocupacional: não tem;
- Habilitações Literárias: 11º ano de escolaridade;
- Agregado familiar: vive com a mãe e irmão mais novo;
- Localidade onde vive: distrito de Setúbal.

### **História de Doença Atual**

O utente iniciou os primeiros sintomas de Esquizofrenia aos 22 anos de idade.

Durante a sua vida conseguiu ter alguns empregos, embora de curta duração. A história de doença atual encontra-se mais detalhada, no capítulo anterior.

## História Clínica

Como antecedentes pessoais, o utente apresenta: Esquizofrenia (desde os 22 anos de idade); Obesidade; Diabetes Mellitus Tipo 2 (diagnosticado em Fevereiro de 2022); Hepatite C; Ex-toxicodependente (consumo de heroína entre os 16 e os 22 anos) e Fumador (neste momento com consumo entre 40 a 60 cigarros por dia). Não se apuram alergias alimentares ou medicamentosas.

Conta com cerca de quatro internamentos no serviço de psiquiatria: 1 em 2004, 2 em 2018 e 1 em 2022), por descompensações psicóticas da sua doença de base. Em 2022 teve um internamento nos serviços de Cuidados Intensivos e Medicina, por alteração do estado de consciência, em contexto de diabetes inaugural. Neste momento o utente é independente na avaliação da glicemia capilar (com cerca de três avaliações semanais e com supervisão da mãe), apresentando valores estáveis (entre 80 e 100 mg/dl).

Neste momento o utente recusa deslocar-se até à consulta externa para consultas médicas ou de enfermagem, pelo que é realizada visita domiciliária uma vez por mês, para acompanhamento do caso e respetiva administração do injetável de libertação prolongada. Segundo informação da mãe o utente sempre teve uma má adesão terapêutica e, segundo o próprio “isso mata... Só faz mal...” (segundo informação do próprio)

## Terapêutica Atual

No presente momento o utente cumpre:

**Tabela 2 - Terapêutica Atual<sup>4</sup>**

| <b>Terapêutica</b> | <b>Grupo</b> | <b>Reações Adversas e Efeitos Colaterais</b> | <b>Justificação</b> |
|--------------------|--------------|--|---------------------|
| Cariprazina 3 mg   | Terapêutico: | Ansiedade,                                   | Tratamento de       |

<sup>4</sup> Fonte: Hazard Vallerand, A., Sanoski, C. A. & Hopfer Deglin, J. (2015). Guia Farmacológico para Enfermeiros. 14 ed. Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-68-0.

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| (1 comprimido ao pequeno almoço)  | <p>Antipsicótico atípico</p> <p>Atua como um agonista parcial do receptor D2 e D3, com alta seletividade em relação ao receptor D3.</p> | <p>sonolência, insónia, tonturas, movimentos involuntários, bruxismo, discinésia, sialorreia, visão turva, hipertensão, taquicardia, apetite aumentado ou diminuído, náuseas, vómitos, obstipação, aumento de peso ou cansaço.</p> | <p>esquizofrenia em doentes adultos com sintomas negativos (como é no caso do utente em que apresenta interação social comprometida e embotamento afetivo).</p>                         |
| <p>Risperidona 2 mg (1 comprimido ao pequeno almoço e almoço);</p> <p>Risperidona 4 mg (1 comprimido ao jantar)</p> | <p>Terapêutico: Antipsicóticos, Estabilizadores do humor.</p> <p>Farmacológico: Benzisoxazoles.</p>                                     | <p>Sedação, insónia, reações extrapiramidais, comportamento agressivo, tonturas, cefaleias, discinésia tardia, síndrome maligno dos neuroléticos.</p>  | <p>Tratamento da esquizofrenia e diminuição dos sintomas psicóticos.</p> <p>O utente e família devem ser aconselhados a procurar um profissional de saúde, caso apresentem sintomas</p> |

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
|  |   |   | <p>agravados como a agressividade, ideação suicida, ansiedade agravada ou alterações significativas do humor ou comportamento. Os resultados desejáveis direcionam-se para a diminuição dos sintomas negativos e positivos da esquizofrenia, bem como a diminuição da agressividade.</p> |
| <p>Ácido Valpróico 500 mg (1 comprimido ao pequeno almoço);<br/>Ácido Valpróico 1000 mg (1 comprimido ao jantar)</p> | <p>Terapêutico: Anticonvulsivante, Supressores de cefaleias vasculares.</p> | <p>Ideação suicida, sedação, cefaleias, tonturas, distúrbios visuais, náuseas, vômitos, indigestão, anorexia, diarreia.</p> | <p>A introdução desta terapêutica pode dever-se ao fato do utente apresentar alguns períodos de disforia, associado a episódios de agressividade verbal.</p>   |

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <p>Paliperidona 150 mg (1 injeção intramuscular mensal)</p> | <p>Terapêutico: Antipsicótico.</p> <p>Farmacológico: Benzisoxazoles.</p>      | <p>Síndrome maligno dos neuroléticos, ideação suicida, sonolência, cefaleias, insónias, ansiedade, disartria, fadiga, discinésia tardia, distúrbios extrapiramidais.</p> | <p>Tratamento agudo e de manutenção da esquizofrenia (na diminuição das manifestações da esquizofrenia). Os resultados desejáveis direcionam-se para a diminuição dos sintomas negativos (isolamento social e embotamento afetivo) e positivos (delírios e alucinações) da esquizofrenia.</p> |
| <p>Clonazepam 2 mg (1 comprimido ao deitar)</p>             | <p>Terapêutico: Anticonvulsivante.</p> <p>Farmacológico: Benzodiazepinas.</p> | <p>Ideação suicida, sonolência, alterações do comportamento, fadiga, discurso arrastado, ataxia, sedação, diplopia, palpitações.</p>                                     | <p>Tratamento adjuvante na insónia: segundo refere a mãe do utente, este despertava algumas vezes durante a noite e saia de casa</p>  |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | muito cedo para o café.  |
| Furosemida 40 mg<br>(1 comprimido ao pequeno almoço) | Terapêutico:<br>Diuréticos.<br>Farmacológico:<br>Diuréticos da ansa. | Visão turva, tonturas, cefaleias, vertigens, hipotensão, náuseas, vômitos. | Diurético e subsequente mobilização do excesso de fluídos; diminuição da pressão arterial. No caso do utente esta terapêutica foi prescrita após diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (durante o internamento em 2022, nunca tendo havido interrupção), funcionando como terapêutica coadjuvante da metformina (a furosemida aumenta os efeitos da metformina). |
| Metformina 850 mg<br>(1 comprimido)                  | Terapêutico:<br>Antidiabéticos.                                      | Náuseas, vômitos, diarreia,  | Tratamento da diabetes tipo 2 e manutenção da  |

|                     |                            |  |  |
|---------------------|----------------------------|--|--|
| ao almoço e jantar) | Farmacológico: Biguanidas. | hipoglicemia, enfartamento abdominal, acidose láctica. | glicemia. Neste momento o utente apresenta valores estáveis de glicemia. |
|---------------------|----------------------------|--|--|

Não existem efeitos secundários visíveis, relatados ou descritos, relacionados com a toma desta terapêutica. Contudo considero pertinente, face ao exposto anteriormente, refletir acerca da quantidade de terapêutica instituída ao utente, caso no qual poderemos até falar em polimedicação.

Atualmente as *guidelines*, preconizam o uso da monoterapia antipsicótica, como tratamento padrão nestes casos. Porém, e dado que é uma situação refratária, é usual a introdução de dois ou mais antipsicóticos, tal como apresentado anteriormente (Ramos et el. 2021). Contudo, pensamos que não podemos excluir algumas desvantagens na utilização da combinação desta terapêutica, nomeadamente relativos aos diagnósticos de enfermagem identificados à posteriori.

### **História de Uso de Álcool ou Substâncias**

Sobre esta matéria, o utente iniciou consumos de heroína com cerca de 16 anos, como referido anteriormente, tendo ficado abstinente a partir dos 22 anos, altura em que lhe foi diagnosticada Esquizofrenia. Sem referência de consumo abusivo de álcool, apenas em contextos esporádicos e sociais. Quanto ao abuso de tabaco, o senhor F.G. fuma entre 40 a 60 cigarros.

### **História Familiar**

Sobre os antecedentes familiares, destacam-se as seguintes situações:

- Pai: já falecido em 2021. Como antecedentes, foi diagnosticado em 1990 um tumor vesical, tendo realizado radioterapia. Em 2001, apresentou

uma oclusão intestinal, tendo sido colostomizado. Em 2021, teve uma fístula vesico-intestinal, com posterior sépsis, tendo falecido. Grande fumador (esposa não consegue dizer quantidades exatas).

- Mãe: sem antecedentes pessoais.
- Irmão mais velho: consumidor de tóxicos; esteve em programa de metadona. Abstinente há vários anos, sem recaídas. Fumador.
- Irmão mais novo: consumidor de tóxicos; esteve em programa de metadona. Abstinente há vários anos, sem recaídas. Fumador.

O senhor F.G., sempre teve uma infância feliz, tal como afirma a progenitora. Segundo a mesma, o utente era muito próximo do irmão mais velho, mas neste momento um pouco mais distantes devido à distância física que se encontram. Sobre a relação com o irmão mais novo, “existe muito respeito do F. pelo meu filho mais novo... Aliás quando existe algum conflito comigo e o F., é o meu filho mais novo que ele ouve.” (segundo informações da própria).

A mãe afirma que a relação entre todos sempre foi muito próxima, saudável e afetuosa. Quanto aos episódios de violência, estes existem sendo na sua maioria verbais e dirigidos à mãe.

### **Funcionamento Social/Ocupacional e Relações interpessoais**

Como descrito acima, o utente é solteiro, sem filhos. Toda a vida viveu na casa dos pais. Passa a maior parte do tempo no seu quarto, onde maioritariamente usa o computador para jogos e ouvir música. Sem atividades ocupacionais fora do domicílio. Pela fase de degradação do utente, verifica-se incapacidade na manutenção de atividades ocupacionais, mesmo nas mais simples.

Destacam-se apenas a interação com alguns membros restritos da família mais próxima (mãe, irmãos e sobrinha) e alguns vizinhos e amigos que frequentam o café.

A apresentação do genograma e ecomapa será exposto no capítulo seguinte.

### **Mecanismos de Adaptação**

Como estratégias para minimizar os seus problemas, o utente utiliza como mecanismo de adaptação o convívio de alguns membros da família (como o irmão), vizinhos e algumas pessoas que frequentam o mesmo café. Como mecanismo de adaptação negativo, usa a má alimentação, tabaco e consumos de cafés, para gerir a ansiedade e a tensão.

### **Avaliação do Estado Mental**

No domicílio do utente, foram avaliados vários aspetos:

- A idade aparente é congruente com a idade real;
- Nesta observação, o índice de massa corporal é superior ao normal, pelo que é considerado obeso (IMC= 34,6);
- O vestuário é adequado à época do ano, no entanto denota-se que a roupa está em más condições, assim como uma higiene pessoal deficitária;
- Sem alterações da integridade cutânea ou deformidades físicas observadas;
- Estabelece contato visual com alguns elementos da equipa de saúde de referência;
- Postura desadequada: apresenta-se deitado na cama, vestido, respondendo a apenas algumas questões que lhe eram feitas. Não mantém contato ocular, por vezes perplexo.

### **Atitude e Postura**

Quanto a esta avaliação já referida no item anterior, o utente apresenta uma postura desadequada e pouco colaborante, ignorando algumas questões que lhe são colocadas e até alheio e indiferente ao que lhe é solicitado.

Sobre a observação da marcha, não existem alterações dignas de registo (como marcha arrastada, parkinsonica ou consequente de efeitos dos antipsicóticos). A atitude demonstrada poderá caracterizar-se como desconfiada, algo hostil e indiferente quanto ao propósito da intervenção.

Esta dificuldade no relacionamento, poderá ser indicativo de atividade alucinatória (mais concretamente alucinações auditivas, sendo que esta sintomatologia já havia sido descrita no seu historial). “Mas porque é

que tenho que fazer isso? - silêncio - olhar tenso, virando a cabeça para o lado da parede, mantendo-se deitado na cama... Não preciso de mudar de roupa... - usa tom elevado de voz (hiperfónico)” (informação do próprio).

### **Atividade Psicomotora**

A atividade psicomotora do utente é adequada, uma vez que o mesmo apresenta o movimento do corpo habitual (nem muito acelerado nem muito lento), de acordo com o seu padrão usual. Não se observaram outras manifestações tais como movimentos estereotipados, maneirismos, tiques ou ecopraxia. Constata-se, porém, o negativismo presente (fazer o oposto do que lhe é solicitado), relativamente a alguns comportamentos que lhe são questionados e solicitados a cumprir (como o não se levantar da cama naquele momento, não trocar a roupa ou proceder aos seus cuidados de higiene, apresentando uma justificação).

### **Discurso**

Através do discurso que o utente estabeleceu nestes momentos de contato, pude realizar a seguinte avaliação:

- Velocidade: fluxo rápido;
- Volume: tendencialmente alto;
- Qualidade e Quantidade: discurso elaborado, mas ilógico e verborreico. Em outros momentos recusa falar, apresentando-se em mutismo.

### **Nível de Consciência**

- Vigil: o utente apresenta capacidade em manter-se acordado, processando os estímulos do ambiente.

### **Estado Cognitivo**

- Orientação: O utente encontra-se orientado nas vertentes auto e alopsiquicamente - orientado em relação a si próprio (sabe quem é, quantos anos tem, com quem vive e como se chama), em relação ao espaço e ao tempo;

- Atenção: diminuída (no momento do contato);
- Memória: Utente não colaborante na avaliação deste item;
- Inteligência: sem alterações dignas de registo, tendo em consideração o historial do utente desde a infância.

Neste contexto não foi possível a colaboração do senhor F.G. na aplicação das escalas de apoio à avaliação diagnóstica MMSE (*Mini Mental State Examination*) ou MoCA (*Montreal Cognitive Assessment*).

### **Pensamento**

- Produção ou Forma: Na avaliação do discurso do utente, pode avaliar-se que existe, por períodos, uma ausência de relação lógica entre pensamentos e ideias, apresentando um pensamento desorganizado, em que salta de um tema para outro sem que existam relações associativas aparentes.
- Curso ou Fluxo: Pôde aferir-se que o utente, em muitos momentos expressou um pensamento rápido (taquipsíquico) e fuga de ideias (observa-se que o utente apresenta uma perturbação na associação das ideias, verificando-se um fluxo rápido das ideias na conversação estabelecida, como por exemplo “esta camisa está boa...a minha filha sabe de tudo... com o jogo de ontem não fiz nada...”);
- Conteúdo: O utente apresenta delírios (crenças inabaláveis), alguns deles bizarros e “multitemáticos”: delírio místico e de grandeza (“eu sou Jesus... Tenho Jesus dentro de mim”); delírio somático (acredita que tem vários seres vivos dentro do seu corpo) e delírio não especificado (acredita que a sua mãe é sua filha - não se consegue classificar o delírio num tipo específico).

Neste contexto não foi possível a colaboração do senhor F.G. na aplicação das escalas de apoio à avaliação diagnóstica.

### **Sensoperceção**

Refere-se à capacidade de perceção e interpretação dos estímulos que chegam aos órgãos dos sentidos. Neste caso específico, observam-se vários indícios e sinais em que podemos depreender que existem alteração da perceção, mais especificamente, alucinações auditivas, pois

denota-se alheamento, postura de escuta, perplexidade, latência na resposta e isolamento. Embora o utente não as verbalize quando questionado, não se excluem. Poderá assumir-se, neste caso, uma postura de ocultação: a mãe refere que o utente apresenta solilóquios.

Neste contexto não foi possível a colaboração do senhor F.G. na aplicação das escalas de apoio à avaliação diagnóstica.

### **Afetividade e Humor**

Quanto à afetividade o utente apresenta embotamento afetivo, em que se observa uma severa redução da sua expressividade afetiva, não demonstrando qualquer emoção, ou seja, a sua expressão facial é neutra. No que concerne à avaliação do humor considera-se como disfórico, em que se observa um humor por vezes irritável à nossa abordagem e mesmo com a mãe, em que é verificada uma suscetibilidade exagerada e com um “tónus” de agressividade verbal no discurso.

Neste contexto não foi possível a colaboração do senhor F.G. na aplicação das escalas de apoio à avaliação diagnóstica.

### **Júízo Crítico**

Sobre este ponto, o senhor F.G., não apresenta capacidade de avaliar ou perceber os aspetos que envolvem a realidade externa da “interna”. Não tem uma visão adequada de si mesmo, nem das suas dificuldades neste contexto ou reconhecimento da sua situação atual de saúde. Esta ausência de *insight* interfere naquilo que é o seu processo de cuidados e na própria reabilitação psicossocial.

### **Funções Psicofisiológicas**

Verifica-se, por último, o comprometimento de uma destas funções, relacionada com o:

- Sono: Segundo a mãe do utente, o senhor F.G., encontra-se mais ativo durante a noite “Acorda cedo e vai beber café... Não dorme uma noite inteira. Às vezes dorme também durante o dia.” (segundo informações colhidas). Constata-se assim uma alteração do sono, caracterizado por insónia terminal.

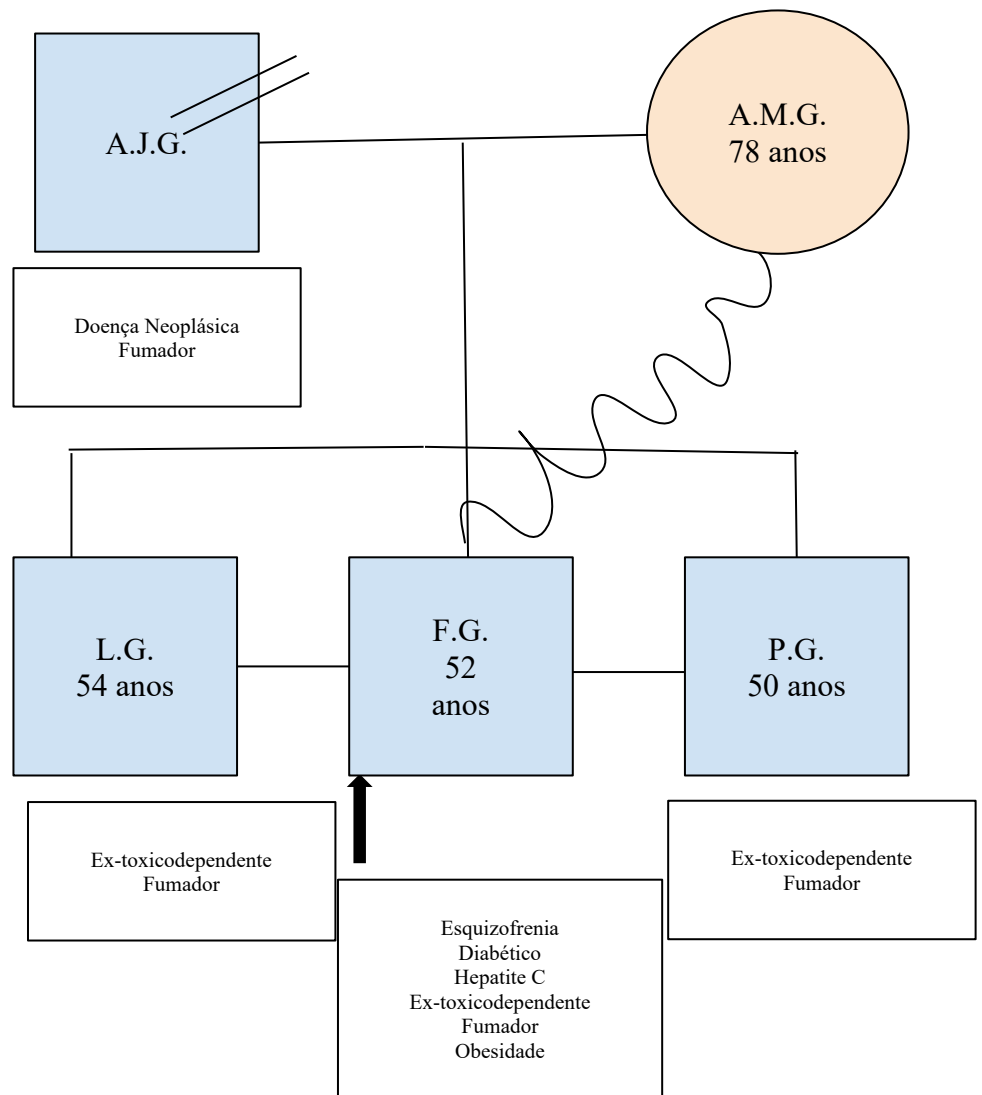
### **Outras Alterações Relevantes**

Dadas as características do utente anteriormente descritas, consideramos que existe uma ausência de “força de vontade”, pelo menos parcial e para determinadas ações do seu dia-a-dia, sejam elas simples ou complexas, sendo a denominação desta alteração, avolia. Considera-se avolia parcial na medida em que o utente passa grande parte do dia no seu quarto, por vezes deitado na cama ou sentado na cadeira saindo esporadicamente para se deslocar até à cozinha ou casa de banho e de casa, para ir ao café ou comprar tabaco. Também não se pode excluir, que face à situação clínica em que se encontra, e associada à dimensão do impulso, que o mesmo poderá não apresentar avolia em determinadas situações, já supracitadas.

Ainda sobre a avaliação das diferentes dimensões que constituem a avaliação do estado mental, reconhecemos a importância da relação enfermeiro-doente-família. Como indicado no início deste caso, não sendo possível uma proximidade e até uma avaliação integral do utente (através da sua perspetiva), nada foi “descurado” quanto à observação dos cuidados e intervenções prestadas pelas enfermeiras de referência. Noutra prisma, a relação estabelecida com a mãe do utente foi bastante mais efetiva por existir uma maior proximidade e até intimidade, isto é, a relação e intenção da mesma, teve como objetivo uma avaliação diagnóstica (quanto à situação do filho) e uma intervenção terapêutica (centrada no utente e família). Assim sendo, foi tida em conta a sua perspetiva, as suas angústias, receios, potencialidades e as suas capacidades, perante a vivência deste processo. Consideramos que para o cimentar desta relação, foi substancial a forma como decorreu a entrevista, que quase se desenvolveu como uma conversão, proporcionando um contexto leve, confortável e acolhedor, onde a pessoa se sentiu bem e tranquila para expressar os seus sentimentos e ao mesmo tempo fosse demonstrada empatia, compreensão esclarecida, caso fosse necessário. Demonstrar interesse e preocupação, favoreceram uma ligação forte que, com certeza, foi a base de uma relação de confiança, que facilitou a intervenção decorrente.

## 5 – GENOGRAMA E ECOMAPA

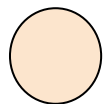
Figura 1 - Genograma



Símbolos de Genograma



Masculino



Feminino



Utente  
identificado



Rótulo da  
Relação

Rótulo da Relação Emocional



Harmoniosa

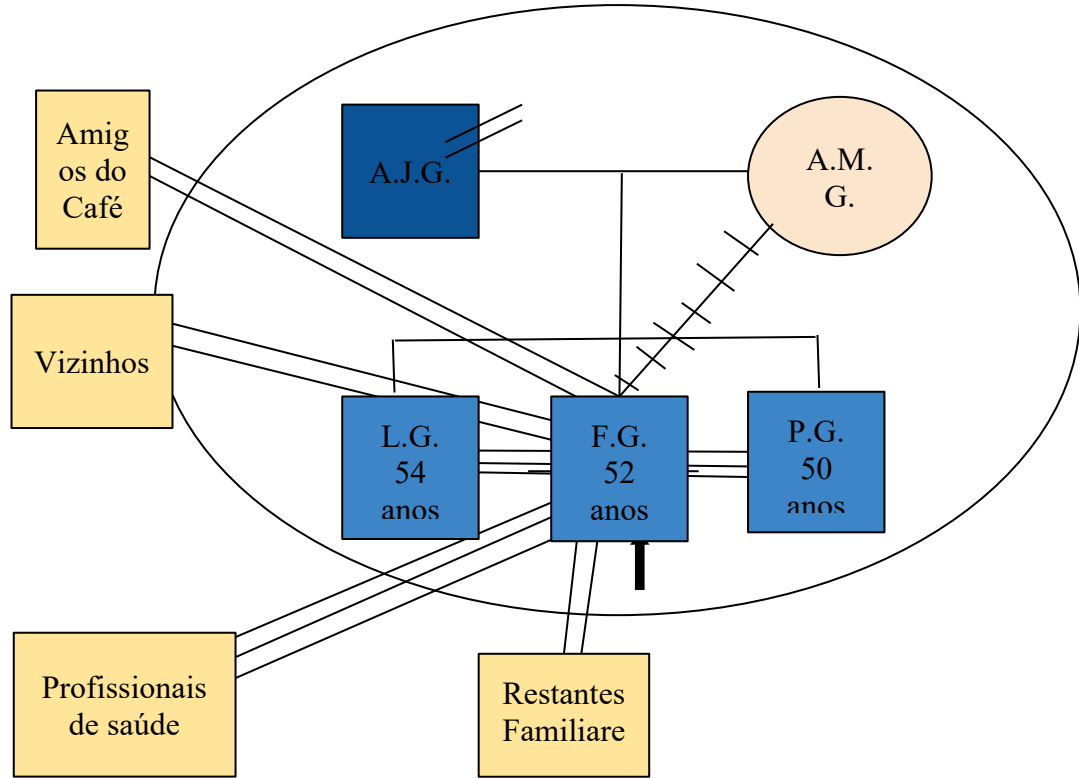


Hostil






Distante

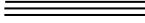

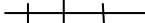
Figura 2 - Ecomapa




Símbolos do Ecomapa

-  Masculino
-  Feminino
-  Utente identificado

Vínculos Afetivos

-  Fortes
-  Moderado
-  Negativo

 Rótulo da Relação Familiar

## 6 – PLANEAMENTO DAS INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS

No que diz respeito aos focos e diagnósticos de enfermagem, os mesmos foram identificados, com base nos dados recolhidos e patenteados neste trabalho.

Como instrumento de avaliação, para o estabelecimento do diagnóstico “stress do cuidador presente”, foi aplicada a Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC - Anexo I) à mãe do utente F.G., que evidenciou um score de 56, revelador de sobrecarga moderada.

**Tabela 3 - Focos e Diagnósticos de Enfermagem**

| <b>Focos</b>          | <b>Diagnósticos de Enfermagem</b>                         | <b>Fundamentação</b>  |
|-----------------------|---|---|
| Pensamento            | Pensamento distorcido (delírio místico, de grandiosidade) | O discurso do utente centra-se em ideias de conteúdo místico e megalómano (exemplo: “Eu sou Jesus!”)                |
| Perceção comprometida | Alucinação presente                                       | Denota-se no utente uma postura de escuta, com solilóquios (referidos pela mãe), períodos de latência na resposta e |

|                                 |  |   |
|---------------------------------|--|---|
|                                 |  | perplexidade,<br>sugestivos de atividade<br>alucinatória<br>(alucinações auditivas)   |
| Comportamento<br>Agressivo      | Comportamento agressivo<br>presente          | Observa-se no utente<br>um humor por vezes<br>irritável à nossa<br>abordagem e mesmo<br>com a mãe, em que é<br>verificada uma<br>susceptibilidade<br>exagerada e com um<br>“tónus” de<br>agressividade verbal no<br>discurso                                    |
| Adesão ao Regime<br>Terapêutico | Adesão ao Regime<br>Terapêutico comprometido | O utente não cumpre<br>por vezes a terapêutica<br>de esquema. Pouco<br>colaborante na toma<br>da mesma, segundo<br>informação da mãe.<br>Recusa deslocar-se às<br>consultas médicas ou<br>de enfermagem, pelo<br>que as mesmas<br>decorrem no seu<br>domicílio. |
| Sono                            | Sono comprometido                            | A mãe do senhor F.G.,<br>afirma que o utente<br>não tem uma noite<br>“seguida de sono...<br>Levante-se e sai de casa  |

|                    |                               |   |
|--------------------|-------------------------------|---|
|                    |                               | para o café às 5 ou 6 da manhã!”  |
| Interação social   | Interação social comprometida | O utente apenas sai do seu domicílio, de manhã para beber café e regressa logo a casa. Durante o dia fica sempre no seu quarto e não interage com ninguém. Não tem atividade ocupacional neste momento. (segundo informação da mãe) |
| Abuso do Tabaco    | Abuso do Tabaco presente      | O utente fuma cerca de 40 a 60 cigarros por dia.  |
| Obeso              | Obesidade presente            | O utente apresenta um IMC de valor 34,6.  |
| Autocuidado        | Autocuidado comprometido      | O utente apresenta maus cuidados de higiene: roupa suja, aspeto descuidado.   |
| Stress do cuidador | Stress do cuidador presente   | A mãe refere que se sente muito desgastada e limitada física e emocionalmente, com esta situação. O utente por vezes é ameaçador e agressivo verbalmente, para com  |

|                   |                                |  |
|-------------------|--------------------------------|--|
|                   |                                | a cuidadora. Aplicada a Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) - score de 56 pontos. |
| Papel de Cuidador | Papel de Cuidador Comprometido | A cuidadora apresenta dificuldades no cuidar e verbaliza incapacidade para cuidar.   |

Seguidamente iremos passar para a apresentação das intervenções terapêuticas, relativas aos diagnósticos previamente identificados.

**Tabela 4 - Plano Individual de Cuidados**

| <b>Diagnósticos de Enfermagem</b>                          | <b>Intervenções Terapêuticas</b>  |
|--|---|
| Pensamento distorcido (delírio místico e de grandiosidade) | Caracterizar delírio: conteúdo, frequência e duração; Assistir sobre a gestão do delírio; Gerir a comunicação; Orientar para a realidade; Executar técnicas de distração; Vigiar delírio.   |
| Alucinação presente  | Orientar para a realidade e regular o nível de atividade e de estimulação sensorial; Executar escuta ativa; Ensinar o familiar cuidador sobre alucinação; Executar intervenção psicoeducativa à família (neste caso à mãe, aquando da participação no Grupo Psicoeducativo Familiar). |
| Comportamento agressivo presente                           | Responsabilizar o utente pelo seu comportamento; Colocar limites ao   |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>utente; Falar calmamente e num tom de voz baixo; Redirecionar a atenção da fonte de agitação; Orientar o familiar cuidador sobre estratégias de prevenção da agressividade (neste caso à mãe, aquando da participação no Grupo Psicoeducativo Familiar - comportamento assertivo).</p>   |
| <p>Adesão ao Regime Terapêutico comprometido</p> | <p>Promover a consciencialização do utente relativamente ao regime medicamentoso; Apoiar na gestão da medicação; Instruir sobre o regime medicamentoso (dirigido à mãe do utente, devido à fraca adesão do utente); Executar intervenção psicoeducativa à família (neste caso à mãe, aquando da participação no Grupo Psicoeducativo Familiar).</p> |
| <p>Sono comprometido</p>                         | <p>Instruir acerca da importância do sono; Identificar comportamentos promotores da insónia; Informar sobre estratégias a adotar para facilitar o sono; Monitorizar adesão terapêutica.</p>   |
| <p>Interação Social comprometida</p>             | <p>Ensinar sobre comportamento interativo; Executar aconselhamento; Treinar competências sociais (na visita domiciliária).</p>  |
| <p>Abuso do Tabaco presente</p>                  | <p>Ensinar sobre dependência do tabaco (informar acerca dos recursos na comunidade); Executar</p>   |

|                                |   |
|--------------------------------|---|
|                                | aconselhamento; Executar técnica de mudança do comportamento.   |
| Obesidade presente             | Promover a consciencialização do utente relativamente a um regime alimentar saudável; Ensinar o utente e familiar (mãe) sobre alimentação saudável; Promover a consciencialização do utente e familiar sobre a importância do exercício físico.                                     |
| Autocuidado comprometido       | Assistir no autocuidado (sempre que necessário aquando das visitas domiciliárias); Ensinar o familiar (mãe) sobre estratégias facilitadoras do autocuidado.   |
| Stress do cuidador presente    | Executar apoio emocional; Executar técnica de relaxamento (aquando da participação no Grupo Psicoeducativo Familiar); Instruir sobre estratégias de redução de stress (aquando da participação no Grupo Psicoeducativo Familiar); Aplicar a Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC). |
| Papel do cuidador comprometido | Executar aconselhamento; Executar apoio emocional; Informar sobre estratégias de coping; Executar intervenção psicoeducativa, treinar estratégias de comunicação e treinar comportamento assertivo (quando da participação no Grupo Psicoeducativo Familiar).                       |

No que respeita aos resultados esperados, será expectável que o utente e a família (neste caso a mãe), apresentem os seguintes:

- Diminuição do delírio;
- Ausência ou diminuição da Alucinação;
- Ausência ou diminuição de Comportamento Agressivo;
- Tomada de consciência sobre a importância da adesão ao regime terapêutico, melhorada;
- Sono melhorado;
- Interação social melhorada;
- Diminuição do uso de tabaco: tomada de consciência sobre os riscos do consumo de tabaco;
- Tomada de consciência acerca de uma alimentação saudável;
- Tomada de consciência sobre a importância do autocuidado e realização do mesmo de forma mais frequente;
- Diminuição do stress do cuidador;
- Promover a capacitação da cuidadora.

De forma a clarificar os resultados esperados, apresentamos a seguinte tabela:

**Tabela 5 - Resultados Esperados segundo a NOC<sup>5</sup>**

| <b>Diagnósticos de Enfermagem</b>                          | <b>Resultados Esperados</b>                                       |
|--|---|
| Pensamento distorcido (delírio místico e de grandiosidade) | Delírio melhorado.  |
| Alucinação presente  | Alucinação melhorada.   |
| Comportamento agressivo presente                           | Comportamento agressivo diminuído.                                |
| Adesão ao Regime Terapêutico comprometido                  | Conhecimento do regime terapêutico, crenças sobre saúde (recursos |

<sup>5</sup> Fonte: <https://deenfermagem.com/>

|                                |  |
|--------------------------------|--|
|                                | percebidos) e comportamento promotor da saúde.   |
| Sono comprometido              | Descanso, bem-estar.   |
| Interação Social comprometida  | Bem-estar, envolvimento social e participação em atividades de lazer.  |
| Abuso do Tabaco presente       | Conhecimento sobre consequências do uso do tabaco, responsabilidade sobre o seu uso e comunicação melhorada. |
| Obesidade presente             | Participação nas decisões sobre cuidados de saúde.   |
| Autocuidado comprometido       | Autocuidado no banho frequente.  |
| Stress do cuidador presente    | Bem-estar pessoal, autoestima melhorada, comunicação eficaz.   |
| Papel do cuidador comprometido | Bem-estar do cuidador; melhorar o desempenho do papel (avaliação final da ESC).                              |

De ressaltar que apesar de não terem sido implementadas todas as intervenções planeadas, uma vez que nem sempre estive presente nas visitas domiciliárias que decorreram desde o início do estágio até ao presente momento, considerei pertinente a exposição de todas elas na medida em que o planeamento é exatamente isso e, como tal os planos devem abranger todas as ações que visam melhorar o estado do utente e sua família.

Quanto à situação do utente, verificam-se poucas melhorias, considerando o contexto clínico refratário em que se encontra. Contudo, todas as pequenas alterações positivas ou apenas aquelas que estão estáveis, são uma vitória e dignas de um olhar confiante perante o futuro. O utente desde 2022 que não é internado, estabelecendo uma relação de proximidade com as enfermeiras que realizam a visita domiciliária. Em alguns

episódios o utente, na presença dos profissionais de saúde, procede aos seus cuidados de higiene e mudança de roupa; comunica de forma mais calma e colaborante com a sua mãe; verbaliza algumas ações que concretiza de forma autónoma como por exemplo a identificação de uma música que saiu recentemente; apesar de manter um consumo abusivo de cigarros, reconhece que são muitos e não fuma durante a visita domiciliária; a agressividade verbal dirigida à sua mãe, decorre com menor frequência, comparativamente a episódios anteriores; não se evidenciaram alterações positivas, mas sim a estabilidade sobre a atividade delirante e alucinatória; mantém renitência no esquema de terapêutica oral, referindo “eu não sou doente!”; verificam-se melhorias ao nível do sono: segundo a mãe, atualmente o utente dorme cerca de 6 a 7 horas diárias; identificam-se pequenas melhorias quanto ao stress e papel da cuidadora, denotadas no seu discurso e postura, aquando dos momentos de contato.

Por sua vez, não posso deixar de sublinhar a importante intervenção realizada com a mãe do utente, com o estabelecimento de uma relação de ajuda e de confiança, permitindo que muitas das intervenções pudessem dar fruto no sentido de uma melhor qualidade de vida e respetivos ganhos em saúde dos envolvidos. A Escala ESC permitiu identificar o foco stress do cuidador (com uma pontuação de 56, indicador de uma sobrecarga moderada). Desta forma, e tal como defende o Modelo de Neuman, *“Os estressores são estímulos produtores de tensão que podem ser intrapessoais, interpessoais ou extrapessoais.”* (Alligood, 2021, p. 257). Daí a pertinência na prioridade desta intervenção, visando a diminuição dos fatores de stress, condições hostis e desfavoráveis existentes no seio familiar, e que consequentemente afetam o seu bom funcionamento. No final da intervenção, foi aplicada novamente a escala que revelou um score de 47, o que se traduz na “manutenção” de sobrecarga moderada. Contudo, consideramos que esta diminuição significativa do score, revela ganhos obtidos, nomeadamente na diminuição da sobrecarga objetiva sentida pela mãe do utente (correspondente aos aspetos do impacto da prestação de cuidados e na relação interpessoal).

Consideramos que a ampliação do método de gestão de caso, seria uma benesse, dadas as características do utente e cuidadora, fazendo todo

o sentido aplicar um plano integrado de intervenção, englobando outras áreas além da enfermagem, psiquiatria e serviço social (que mantêm o seu ponto de intervenção neste caso), como a psicologia, nutrição, terapia familiar e ainda medicina geral. Tal como sublinhado, nas competências específicas do EEESMP, a aplicação deste método é importante “(...) *para coordenar cuidados de saúde e para assegurar a continuidade de cuidados, integrando as necessidades dos clientes e equipas, otimizando os resultados existentes.*” (OE, 2018, p.21428).

Para terminar, gostaríamos de deixar uma nota relativa à pertinência de uma intervenção no envolvimento e apoio do irmão mais novo, verificada na colheita de dados, a qual seria de extrema importância e benéfica não só para a estabilidade da situação do utente, como para alívio da sobrecarga da progenitora.

## 7 – CONCLUSÃO

Como notas finais, após a realização deste trabalho, tenho a acrescentar que foi gratificante a sua execução, não só pelos contributos profissionais, mas também pela “bagagem” que levo a nível pessoal. Sempre foi a minha ambição concretizar este estágio em contexto comunitário, mais especificamente na vertente da visitação domiciliária. E não foi, de todo, uma desilusão... Fiquei mais consciente das dificuldades sentidas pelos profissionais, dos ganhos obtidos após muitos meses e até anos de esforço contínuo, mas sobretudo maravilhada com o que os utentes e os próprios familiares cuidadores nos ensinam em cada momento de interação que se estabelece. Foi, sem sombra de dúvidas, uma experiência recompensadora.

Por outro lado, este aprendizado e reflexão, daquilo que é a realidade da pessoa com doença mental, permitiu igualmente modificar-me e olhar tudo com outros olhos, ou seja, todas as aquisições ao nível das competências adquiridas permitiram o autoconhecimento e a assertividade, garantindo um ambiente seguro e terapêutico, tendo por base as práticas de cuidados baseadas nos direitos humanos e nas responsabilidades profissionais. Sublinho, da mesma forma, as aprendizagens relacionadas com a execução global de uma descrição clara da história de saúde do indivíduo e família, a tomada de consciência de mim na relação terapêutica estabelecida e no processo de cuidados. Por fim, saliento o estabelecimento dos diagnósticos de saúde mental ao utente e família, a realização e implementação de um plano de cuidados individualizado, mobilizando os processos que melhor se adaptam a este sistema familiar e promovendo a maximização da sua autonomia e funcionalidade.

Espero também ter deixado um marco importante na vida desta família, enquanto profissional, esperando que os pertencentes a este seio familiar, possam ter absorvido os “ensinamentos”, promovendo mudanças positivas e aliviando a carga emocional que acarreta toda esta vivência.

Tal como refere Lopes (2006) a relação que estabelecemos com o outro, pode e deve ser entendida como terapêutica, e estas circunstâncias, desta família particular, foram o exemplo prático deste sentimento e desta constatação: que os profissionais de enfermagem são o “veículo” primordial para a criação de uma relação de confiança e de proximidade, que se reflete num grau de proximidade e, conseqüentemente na qualidade das intervenções e ganhos em saúde.

Destaco a relevância do Modelo de Betty Neuman, com o qual foi possível vislumbrar todo o processo de saúde-doença, focado na pessoa e família, potenciando a capacitação e potencialização dos seus recursos. Assim, os princípios subjacentes a este Modelo, permitiu-nos aplicar uma abordagem no seu todo, reunindo as condições essenciais para a finalidade esperada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, S.R, Ruoff, A.B., Piccoli, T., Schmitt, M.D., Ferreira, A. & Ammon Xavier, A.C. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto Contexto Enferm*, 26(4): 1-12. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>.

Alligood, M. R. (2021). *Nursing theorists and their work E-Book*. Editora Elsevier. <https://play.google.com/books/reader?id=usg5EAAAQBAJ&pg=GBS.PR4>.

Araújo F., Ribeiro J.L., Oliveira A. & Pinto C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (25), 59–66. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/15740/2/84575.pdf>.

Costa-Dias, M.J., Ferreira, P., Oliveira, A. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (2): 7-17.

Cruz Sequeira, C.A., (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista de Enfermagem Referência*, II (12), pp 9-16.

Direção Geral de Saúde [DGS]. (Maio de 2011). Orientação nº 017/2011: Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). [https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao\\_ulceraspdf-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx).

Direção Geral de Saúde [DGS]. (Dezembro de 2011). Norma nº 008/2019: Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares.

<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>.

Galdeano, L. E., Zago, M. M. F. & Rossi, L. A. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Rev. latinoam. enferm* ; 11(3): 371-375.

SciELO - Brasil - Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico.

Hazard Vallerand, A., Sanoski, C. A. & Hopper Deglin, J. (2015). Guia Farmacológico para Enfermeiros. 14 ed. Lusodidacta.  
ISBN: 978-989-8075-68-0.

ICN. (2023). ICNP Browser. International Council of Nurses:  
<https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>.

Lopes, M. J. (2006). A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Proposta de uma teoria de médio alcance. Coimbra: Formasau.

Neuman, B. (2011). The Neuman Systems Model. In Neuman, B. & Fawcett, J. The Neuman Systems Model. (5th ed.), 3-33. Boston, United States of America: Pearson.

Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). The Neuman Systems Model. (5th ed.) New Jersey: Pearson Education.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (7 de agosto de 2018). Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República, 2.ª Série, n.º 151. Lisboa, Portugal.

Ordem dos Enfermeiros (2023). Elaboração e apresentação de Estudos de Caso.

Elaboração e apresentação de Estudos de Caso - Ordem dos Enfermeiros - Centro (ordemenfermeiros.pt).

Ramos, S., Cruz, D., Jesus, B., Correia, J., Vaz, I., & Mendes, J. (2021). Polifarmácia e Sobredosagem Antipsicótica num Serviço Comunitário do Interior de Portugal. *Revista Portuguesa De Psiquiatria E Saúde Mental*, 7(3), 109–116.

<https://doi.org/10.51338/rppsm.2021.v7.i3.163>.

Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções*. Lidel – Edições Técnicas. Lda.

ISBN: 978-989-752-413-4.

Tomey, A. M. & Aligood, M.R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5ª ed). Loures: Lusociência.

## **ANEXOS**

## Anexo I

### Índice de Barthel

O índice de Barthel é um instrumento validado para a população portuguesa por Araújo et al. (2007), que avalia o nível de independência do indivíduo relativamente às atividades de vida diária. Foi descrito e publicado por Mahoney e Barthel em 1965. Avalia a autonomia na alimentação, transferências, cuidados pessoais, utilização do WC, banho, mobilidade, subir e descer escadas, vestir, controlo intestinal, e controlo urinário. Sobre a pontuação, esta varia entre 0 (máxima dependência) e 100 (independência total), com intervalos de 5 pontos, sendo a pontuação de cada atividade medida separadamente. Cada atividade de vida diária pode ser constituída entre 2 a 4 níveis, de acordo com a sua importância para a funcionalidade: a pontuação 0 corresponde à dependência total e a independência pode assumir a pontuação 5, 10 ou 15 em função dos níveis de classificação. Quanto à sua aplicabilidade, esta pode ser por entrevista à pessoa e/ou familiares ou através da observação direta.

| Índice de Barthel   | Pontuação |
|---|-----------|
| <b>Alimentação</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Independente (10);</li><li>- Necessita de Ajuda ou Dieta Modificada (5);</li><li>- Totalmente Dependente (0).</li></ul>    | 10        |
| <b>Higiene Pessoal</b> (Barbear-se/Pentear-se/Maquilhar-se/<br>Lavar os dentes) <ul style="list-style-type: none"><li>- Independente (5);</li><li>- Necessita de Ajuda (0).</li></ul> | 5         |
| <b>Controlo Vesical</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Contínente (10);</li></ul>  | 10        |

|  |    |
|--|----|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acidente Ocasional (5);</li> <li>- Incontinente (ou Algaliado) (0).</li> </ul>  |    |
| <p><b>Controlo Anal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contigente (10);</li> <li>- Acidente Ocasional (5);</li> <li>- Incontinente (ou necessita de clister) (0).</li> </ul>   | 10 |
| <p><b>Transferência</b> (cama/cadeira ou vice versa)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Independente (15);</li> <li>- Alguma Ajuda (verbal ou física) (10);</li> <li>- Muita Ajuda (pode manter-se sentado) (5);</li> <li>- Totalmente dependente, incapaz de manter a postura sentado (0).</li> </ul> | 15 |
| <p><b>Mobilidade/Deslocação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Independente (pode usar ajuda técnica) (15);</li> <li>- Ajuda de uma pessoa (verbal ou física) (10);</li> <li>- Independente em cadeira de rodas (5);</li> <li>- Imóvel (0).</li> </ul>   | 15 |
| <p><b>Utilização da sanita (WC)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Independente (sentar, levantar, vestir, puxar autoclismo) (10);</li> <li>- Necessita de alguma ajuda (5);</li> <li>- Totalmente dependente (0).</li> </ul>  | 10 |
| <p><b>Vestir-se</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Independente (incluindo botões e atacadores) (10);</li> </ul>   | 10 |

|  |            |
|--|------------|
| - Necessita de alguma ajuda (5);<br>- Totalmente dependente (0).   |            |
| <b>Banho</b><br>- Independente (5);<br>- Necessita de Ajuda (0).   | 5          |
| <b>Subir/Descer Escadas</b><br>- Independente (10);<br>- Necessita de Ajuda (verbal, física ou ajudas técnicas) (5);<br>- Incapaz (0). | 10         |
| <b>Total</b>   | 100 pontos |

Avaliação consoante o Score:

- 100 – independente
- 91 a 99 – dependência leve
- 61 a 90 – moderada dependência
- 21 a 60 – grave dependência
- 0 a 20 – dependência total.

## **Anexo II**

### **Escala de Braden para avaliação do risco de úlceras de pressão**

A Escala de Braden foi desenvolvida por Bárbara Braden em 1984 com objetivo de criar uma ferramenta para prevenir o risco de úlcera por pressão. Foi validada para a população portuguesa por Ferreira et al. (2001). Esta escala é composta por seis subescalas que avaliam as seguintes dimensões: percepção sensorial; humidade; atividade; mobilidade; nutrição; fricção e forças de deslizamento. A cada subescala é atribuída uma pontuação que varia de 1 a 4, sendo que o somatório das 6 dimensões pode variar entre 6 e 23, considerando existência de dois níveis de risco: alto risco com valor final  $\leq 16$  e baixo risco com valor final  $\geq 17$  (DGS, 2011).

Avaliação consoante o Score:

- 16 a 23 – baixo risco
- 13 a 15 – médio risco
- 12 – alto risco.

## ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

|   |  |  |
|---|--|--|
| Nome do doente: _____<br>Serviço: _____<br>Nome do avaliador: _____<br>Cama: _____<br>Idade: _____      | Data da avaliação: _____   |  |
| <b>Percepção sensorial</b><br>Capacidade de reacção significativa ao desconforto                        | <b>1. Completamente limitada:</b><br>Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedeção, OU<br>capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.   | <b>3. Ligeiramente limitada:</b><br>Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU<br>tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.  |
| <b>Humidade</b><br>Nível de exposição da pele à humidade  | <b>1. Pele constantemente húmida:</b><br>A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.   | <b>3. Pele ocasionalmente húmida:</b><br>A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.   |
| <b>Actividade</b><br>Nível de actividade física   | <b>1. Acamado:</b><br>O doente está confinado à cama.  | <b>3. Anda ocasionalmente:</b><br>Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.  |
| <b>Mobilidade</b><br>Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo                               | <b>1. Completamente imobilizado:</b><br>Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.  | <b>3. Ligeiramente limitado:</b><br>Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.   |
| <b>Nutrição</b><br>Alimentação habitual   | <b>1. Muito pobre:</b><br>Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/2 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios).<br>Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soro durante mais de cinco dias. | <b>3. Adequada:</b><br>Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU<br>é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais. |
| <b>Fricção e forças de deslizamento</b>   | <b>1. Problema:</b><br>Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.               | <b>3. Nenhum problema:</b><br>Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.  |
| Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão. |  | <b>Pontuação total</b>   |

## Anexo III

### Escala de Morse

Janice Morse, criou a Escala de Quedas de Morse, publicada em 1989. A escala de Quedas de Morse integra seis itens: história anterior de queda, existência de um diagnóstico secundário, ajuda para caminhar, terapia intravenosa, postura no andar e na transferência e estado mental. A pontuação varia entre 0 e 125 pontos e as classificações são as seguintes: Sem risco (0 e  $\leq$  24 pontos); Baixo risco ( $\geq$  25 e  $\leq$  50 pontos) e Alto risco ( $\geq$  51 pontos) (DGS, 2019). O resultado obtido é indicativo do risco de queda, quanto maior o score maior o risco (DGS, 2019).

A sua aplicação deve ser realizada não só em contexto hospitalar, como de forma preventiva, neste caso em contexto domiciliário (sendo por isso adaptada à situação da pessoa avaliada).

#### Escala de Quedas de Morse. Versão Portuguesa

| Item  | Pontuação     |
|---|---------------|
| 1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses<br>Não<br>Sim  | 0<br>25       |
| 2. Diagnóstico(s) secundário(s)<br>Não<br>Sim   | 0<br>15       |
| 3. Ajuda para caminhar<br>Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas<br>Muletas/canadianas/bengala/andarilho<br>Apoia-se no mobiliário para andar | 0<br>15<br>30 |
| 4. Terapia intravenosa<br>Não<br>Sim  | 0<br>20       |
| 5. Postura no andar e na transferência<br>Normal/acamado/imóvel<br>Debilidado<br>Dependente de ajuda  | 0<br>10<br>20 |
| 6. Estado mental<br>Consciente das suas capacidades<br>Esquece-se das suas limitações   | 0<br>15       |

Fonte: Costa-Dias, MJ. Ferreira, P. Oliveira, A. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. Revista de Enfermagem Referência. 2014, IV Serie (2), pp.7-17.

O utente F.G., apresenta Baixo Risco de Queda (Score = 30).

| <b>Questões - Escala de Morse</b> | <b>Pontuação</b> |
|-----------------------------------|------------------|
| 1                                 | 0                |
| 2                                 | 15               |
| 3                                 | 0                |
| 4                                 | 0                |
| 5                                 | 0                |
| 6                                 | 15               |

## Anexo IV

### Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC, Sequeira, 2007)

A ESC é uma escala que avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal. Foi traduzida e adaptada para a população portuguesa em 2007. É um questionário que inclui informações sobre a saúde, vida social e pessoal, situação financeira e emocional e tipo de relacionamento. Tem uma pontuação quantitativa e qualitativa, que varia entre 1 a 5 pontos (Nunca [1], Quase Nunca [2], Às vezes [3], Muitas vezes [4] e Quase sempre [5]). O somatório da ESC tem um mínimo de 22 pontos e um máximo de 110, e abrange os seguintes pontos de corte: inferior a 46 (sem sobrecarga), entre 46 a 56 (sobrecarga ligeira/moderada) e superior a 56 (sobrecarga intensa) (Cruz Sequeira, 2010).

**1ª Avaliação:** 15/12/2023

| N.º | Item   | Nunca | Quase Sempre | Às Vezes | Muitas vezes | Quase sempre |
|-----|--|-------|--------------|----------|--------------|--------------|
| 1   | Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?                              |       | X            |          |              |              |
| 2   | Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas? |       |              | X        |              |              |
| 3   | Sente-se tenso/a   |       |              | X        |              |              |

|    |   |   |  |   |  |  |
|----|---|---|--|---|--|--|
|    | quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?                              |   |  |   |  |  |
| 4  | Sente-se envergonhad o(a) pelo comportamento do seu familiar?   |   |  | X |  |  |
| 5  | Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?  |   |  | X |  |  |
| 6  | Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares? | X |  |   |  |  |
| 7  | Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?   |   |  | X |  |  |
| 8  | Considera que o seu familiar está dependente de si?   |   |  | X |  |  |
| 9  | Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?  |   |  | X |  |  |
| 10 | Vê a sua  |   |  | X |  |  |

|    |   |   |  |   |   |  |
|----|---|---|--|---|---|--|
|    | saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?  |   |  |   |   |  |
| 11 | Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?                                       |   |  | X |   |  |
| 12 | Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?                    | X |  |   |   |  |
| 13 | Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?                             |   |  |   | X |  |
| 14 | Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar? |   |  | X |   |  |
| 15 | Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar   | X |  |   |   |  |

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

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  | sobrecarrega do por ter de cuidar do seu familiar? |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|

Score total = 56 (Sobrecarga Moderada).

**2ª Avaliação:** 17/01/2024

| N.º | Item   | Nunca | Quase Sempre | Às Vezes | Muitas vezes | Quase sempre |
|-----|--|-------|--------------|----------|--------------|--------------|
| 1   | Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?                              |       | X            |          |              |              |
| 2   | Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas? |       |              | X        |              |              |
| 3   | Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?                      |       |              | X        |              |              |
| 4   | Sente-se envergonha do(a) pelo   | X     |              |          |              |              |

|    |   |   |   |   |   |  |
|----|---|---|---|---|---|--|
|    | comportamento do seu familiar?  |   |   |   |   |  |
| 5  | Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?  |   | X |   |   |  |
| 6  | Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares? | X |   |   |   |  |
| 7  | Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?   | X |   |   |   |  |
| 8  | Considera que o seu familiar está dependente de si?   |   |   |   | X |  |
| 9  | Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?  |   |   | X |   |  |
| 10 | Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?   |   |   | X |   |  |
| 11 | Considera que não tem uma vida privada como   |   | X |   |   |  |

|    |   |   |  |   |  |  |
|----|---|---|--|---|--|--|
|    | desejaria devido ao seu familiar?   |   |  |   |  |  |
| 12 | Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?                    | X |  |   |  |  |
| 13 | Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?                             |   |  | X |  |  |
| 14 | Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar? |   |  | X |  |  |
| 15 | Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?  | X |  |   |  |  |
| 16 | Sente-se incapaz de cuidar do   | X |  |   |  |  |

|    |   |   |   |   |  |  |
|----|---|---|---|---|--|--|
|    | seu familiar por muito mais tempo?  |   |   |   |  |  |
| 17 | Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar? |   |   | X |  |  |
| 18 | Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?                       |   |   | X |  |  |
| 19 | Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar                               | X |   |   |  |  |
| 20 | Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?   |   | X |   |  |  |
| 21 | Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?  | X |   |   |  |  |
| 22 | Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?                   |   |   | X |  |  |

Score total = 47 (Sobrecarga Moderada).