



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

**Necessidades do cuidador informal da pessoa idosa  
com síndrome demencial**

**Carina Filipa Cardoso Poça**

---

**Lisboa  
2022**



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

**Necessidades do cuidador informal da pessoa idosa  
com síndrome demencial**

**Carina Filipa Cardoso Poça**



Orientador: Luísa Maria Correia de Azevedo d'Espiney



**Lisboa  
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto abrange mais que um momento de atenção, zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento efetivo com o outro”

(Leonardo Boff)

## **Agradecimentos**

À Professora Luísa d'Espiney, pela conhecimento e disponibilidade na orientação deste relatório. Pelo seu olhar reflexivo e singular neste percurso do cuidar, favorecedor do meu desenvolvimento profissional e pessoal.

À Enfermeira Anabela Moura e Enfermeiro Manuel Bidarra, orientadores dos estágios realizados, pelo modo como me acolheram, pela motivação e oportunidades de aprendizagem.

Aos meus colegas de mestrado, a partilha e entreajuda. Em especial à Sara pelo percurso que realizámos juntas.

Às minhas colegas de equipa, pela colaboração, foram várias as intersubstituições. Um obrigado à Elvira pelos momentos de reflexão neste processo de autoconsciência e autoconhecimento.

Aos meus amigos, que apesar das frequentes ausências, me apoiaram nesta longa e intensa viagem.

Em particular, aos meus pais e irmã, que apesar da distância, estiveram sempre presentes.

Ao João, pelo suporte incondicional, orgulho e compreensão demonstrada.

## **Lista de siglas e abreviaturas**

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

APA - Associação Americana de Psiquiatria

AVD - Atividades de vida diária

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DGS - Direção-Geral da Saúde

DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5ª Edição

ECI - Estatuto do Cuidador Informal

EESMP - Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

EPVA - Equipa de Prevenção da Violência em Adultos

ESC - Escala de Sobrecarga do Cuidador

INE - Instituto Nacional de Estatística

NACJR - Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

OCDE - Organização para o Comércio e Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PIE - Plano de Intervenção Específico

PNC - Perturbações Neurocognitivas

sic - segundo informação colhida

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

WHO - *World Health Organization*

## Resumo

Este Relatório de Estágio, elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, pretende retratar as aprendizagens dos dois estágios que alicerçam a aquisição e o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), baseadas na experiência da prestação de cuidados ao cuidador informal da pessoa idosa com síndrome demencial e adolescentes/adultos jovens.

O primeiro estágio decorreu num serviço de internamento de psiquiatria de um hospital da região de Lisboa, no período de 23 de novembro de 2020 a 7 de fevereiro de 2021. Posteriormente, na vertente comunitária, o estágio decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da região do Oeste, de 15 de fevereiro de 2021 a 16 de abril de 2021.

Foi desenvolvida uma estratégia baseada na metodologia qualitativa, integrando e desenvolvendo atividades terapêuticas em cada serviço, recorrendo à realização de entrevistas não estruturadas, observação participante e elaboração de notas de campo que serviram de base a este relatório. A relação terapêutica constituiu-se a essência de todo o projeto desenvolvido, uma ferramenta indispensável no cuidar do outro, e indispensável para o EESMP. Para fundamentação das intervenções terapêuticas desenvolvidas procedeu-se à realização de uma revisão da literatura.

A identificação das necessidades particulares dos cuidadores informais da pessoa idosa com síndrome demencial, foi fundamental para a adaptação das intervenções terapêuticas que lhe foram dirigidas. Verificou-se que as necessidades se vão alterando com a progressão da demência, e são vivenciadas de forma individual, perante o contexto e experiência do cuidador. As intervenções psicoeducativas, o aconselhamento e apoio emocional, numa abordagem individualizada, traduziram-se numa melhoria do bem-estar emocional do cuidador, aumento de competências para cuidar, aquisição de estratégias de resolução de problemas, com conseqüente melhoria da perceção de autoeficácia e satisfação no papel desempenhado.

**Conceitos chave:** cuidador informal, idoso, demência, enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, comunidade

## **Abstract**

The present internship report is part of the Master's in Nursing, Psychiatry and Mental Health Nursing Specialization. This report contains and reinforces the learnings acquired in two distinct internship experiences which allowed the development of skills and competences essential for a Psychiatry and Mental Health Specialized Nurse based on the experience of providing care to the informal caregiver of the elderly with dementia syndrome and teenagers/young adults.

The first internship took place in a psychiatric inpatient service of a hospital in the Lisbon region, from November 23<sup>rd</sup>, 2020 to February 7<sup>th</sup>, 2021. Subsequently, in the community standpoint, the internship took place in a Community Care Unit (UCC) of the Oeste region, from February 15<sup>th</sup> to April 16<sup>th</sup>, 2021.

A strategy based on qualitative methodology was developed, integrating, and using therapeutic activities in each service, using unstructured interviews, participant observation and preparation of field notes that are the basis of this report. Therapeutic interaction is determinant to the essence of any project developed, a key tool in caring for others, and crucial for Psychiatry and Mental Health Specialized Nurse. Moreover, a literature review was carried out to support the therapeutic interventions developed in this study.

Identification of the specific needs of the informal caregivers of the elderly person with dementia syndrome was fundamental for the adaptation of the therapeutic interventions that were addressed to them. It was found that the needs evolve with the progression of dementia, and are experienced individually, in the context and experience of the caregiver.

Psychoeducational interventions, counseling, and emotional support represented individualized approach and resulted in caregiver's emotional well-being improvement, increased care skills, acquisition of problem-solving strategies, resulting in self-efficacy perception improvement and fulfilment in the role played.

**Keywords:** informal caregiver, elderly, dementia, psychiatry and mental health nursing, community

## Índice

INTRODUÇÃO.....	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	13
1.1 Saúde Mental no Idoso.....	14
1.2 Síndrome Demencial.....	15
1.3 Cuidar do Cuidador Informal .....	17
1.4 Atual Estatuto do Cuidador Informal.....	21
1.5 Cuidar em Saúde Mental.....	22
2. A EXPERIÊNCIA CLÍNICA EM SAÚDE MENTAL .....	26
2.1 Serviço de Internamento de Psiquiatria.....	26
2.1.1 O estágio em contexto hospitalar .....	28
2.2 Saúde Mental na Comunidade .....	42
2.2.2 O estágio em contexto comunitário .....	43
3. O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	58
3.1 Aprender a ser especialista em enfermagem de saúde mental.....	58
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
ANEXOS	
Anexo I: Programa “(Es)Tar com a Demência”	
Anexo II: Escala de Sobrecarga do Cuidador	
APÊNDICES	
APÊNDICE 1: Planeamento da atividade - Reunião Comunitária	
APÊNDICE 2: Planeamento da atividade - “Autoestima”	
APÊNDICE 3: Planeamento da atividade - A Cura	
APÊNDICE 4: Planeamento da atividade - Brasão Pessoal	
APÊNDICE 5: Comunicação na Pessoa com Demência	

## Índice de Tabelas

**Tabela 1** – Caracterização dos cuidadores informais, no que se refere: idade, género, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, relação de parentesco, tempo de cuidador e ESC.....45

**Tabela 2** – Diagnósticos de enfermagem e necessidades do cuidador informal  
.....47

## INTRODUÇÃO

No decurso do meu desenvolvimento profissional e pessoal, o sofrimento do outro e de quem o rodeia tem sido frequente, muitas vezes caracterizados por momentos de angústia e falta de esperança. Ao exercer funções numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), tenho contactado diariamente com pessoas em situação de maior vulnerabilidade associada à idade, aos constrangimentos económicos e sociais e até mesmo pelas vivências de abandono. Reconhecendo a fragilidade na minha capacidade de resposta, em proporcionar um cuidado efetivo perante as diferentes necessidades da pessoa, família e comunidade, senti que seria importante investir numa formação especializada.

Confrontada com as alterações na saúde mental das pessoas de quem cuido, e ao constatar que os grandes problemas são vividos na comunidade, levaram-me a ingressar no curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, com o propósito de melhorar as minhas intervenções, particularmente ao nível do apoio aos idosos com demências e seus cuidadores.

O Programa Nacional para a Saúde Mental, refere que na última década o registo de pessoas com perturbações mentais, nos cuidados de saúde primários, tem vindo a aumentar, no que diz respeito às perturbações depressivas, às perturbações de ansiedade e às demências (DGS, 2017). O envelhecimento da sociedade é uma realidade inevitável, nas últimas décadas, a população com 65 ou mais anos quase duplicou em média nos países da Organização para o Comércio e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2021).

Com o envelhecimento progressivo da população portuguesa e o conseqüente aumento da incidência e prevalência de doenças associadas a esta faixa etária, como a demência, existe diretamente um aumento crescente de familiares cuidadores que carecem de suporte para cuidar dos seus familiares (Sousa, Sequeira, Ferré-Grau & Sampaio, 2020). Cuidar de um familiar que apresente uma doença mental ou outra doença crónica ou incapacitante, poderá propiciar alterações significativas na saúde mental do próprio cuidador (CNS, 2019).

O elevado nível de sofrimento psicológico dos cuidadores e as suas diferentes necessidades, revelam a importância de serem desenvolvidas intervenções de suporte, com o objetivo de preservar o seu bem-estar emocional e proporcionar a prestação de cuidados de qualidade às pessoas ao seu cuidado (Passos, Sequeira &

Fernandes, 2012). Prestar cuidados à pessoa com síndrome demencial no domicílio, torna-se um desafio permanente para os cuidadores, o que a par com as alterações comportamentais e o comprometimento cognitivo progressivo associado à doença, poderão ser geradoras de sobrecarga e *stress* nos cuidadores familiares (Goren *et al*, 2016).

Ao delinear o projeto orientador para o desenvolvimento das competências específicas do EESMP, esta temática, que se constitui como uma prioridade para a saúde pública, surge como um desafio perante o maior número de cuidadores familiares a solicitar apoio nas suas unidades familiares e conseqüente necessidade de serem desenvolvidas intervenções. Deste modo, foram delineados os seguintes objetivos: aprofundar conhecimentos sobre os cuidadores informais e síndrome demencial na pessoa idosa; identificar as necessidades do cuidador informal da pessoa idosa com síndrome demencial; prestar cuidados especializados de enfermagem à pessoa com doença mental; implementar intervenções psicoterapêuticas; aprofundar a tomada de consciência e autoconhecimento enquanto pessoa e profissional, em ambos os contextos.

Com o presente relatório, pretendo descrever e integrar uma reflexão crítica das aprendizagens e vivências da prática clínica, nos dois locais de estágio, dando visibilidade às competências específicas do EESMP desenvolvidas em ambos os contextos. Perante as medidas impostas para o controlo da pandemia de Covid-19, confrontei-me com a necessidade de reformular o meu percurso formativo face à impossibilidade de realizar um estágio, de nove semanas, num serviço para idosos, passando a dispor apenas de um serviço de internamento de psiquiatria de adolescentes e adultos jovens. Na vertente comunitária, e ao ambicionar desenvolver um projeto de aprendizagem centrado no cuidador informal da pessoa idosa com síndrome demencial, o segundo estágio decorreu numa UCC, num período de nove semanas.

Desenvolvi uma estratégia baseada na metodologia qualitativa, integrando e desenvolvendo atividades terapêuticas em cada serviço, recorrendo à realização de entrevistas não estruturadas, observação participante e elaboração de notas de campo que serviram de base a este relatório. Foi ainda realizada uma revisão da literatura, que fundamentasse as intervenções terapêuticas planeadas e desenvolvidas.

Perante a necessidade de assistir a pessoa com saúde/doença mental em diferentes fases do ciclo de vida, jovens, adultos e idosos, a relação terapêutica constituiu-se uma ferramenta indispensável no cuidar do outro, e por esse motivo foi abordada. A relação terapêutica, fulcral para o EESMP, permitiu aceder ao outro, ajudá-lo a expressar as suas dificuldades, a encontrar novas razões para os seus problemas e a mobilizar os seus recursos pessoais para a sua resolução.

O relatório de estágio encontra-se estruturado em quatro capítulos. O primeiro capítulo corresponde ao enquadramento teórico, com o desenvolvimento dos principais conceitos relativos ao cuidador informal da pessoa idosa com síndrome demencial. No segundo capítulo, é descrita a experiência clínica em saúde mental ao longo dos dois estágios realizados, as diferentes atividades desenvolvidas objetivando o desenvolvimento de competências do EESMP. Neste contexto, de forma a proporcionar a fluência do discurso, refiro-me a cada pessoa pelo primeiro nome, contudo de carácter fictício. Posteriormente, no terceiro capítulo, é exposta uma análise crítica e reflexiva sobre o percurso efetuado para a aquisição das competências. No quarto capítulo, são apresentadas as considerações finais, referindo as dificuldades sentidas, as aprendizagens obtidas ao longo do percurso realizado e implicações para a prática atual.

**Conceitos chave:** cuidador informal, idoso, demência, enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, comunidade

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Segundo a OCDE (2021), estima-se que a população com 65 anos ou mais anos continue a aumentar nas próximas décadas, aumentando de 17,3% em 2019 para 26,7% em 2050 (OCDE, 2021). Perante o declínio das taxas de natalidade e o aumento da esperança de vida, os idosos constituem uma proporção crescente da população.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), refere que a população portuguesa está a envelhecer, e o processo de envelhecimento demográfico irá acentuar-se pela redução da proporção de jovens na população total, mas também, pelo aumento da proporção da população com 65 ou mais anos (CNS, 2019). De acordo, com o Instituto Nacional de Estatística (INE), em Portugal, no período 2018-2020, a esperança de vida à nascença foi estimada em 81,06 anos para a população total, sendo de 83,67 anos para as mulheres e 78,07 anos para os homens (INE, 2021).

A esperança de vida aos 65 anos, no triénio 2018-2020, atingiu 19,69 anos para o total da população. Aos 65 anos, as mulheres podem esperar viver mais 21,11 anos e os homens 17,76 anos, representando um aumento de, respetivamente, 0,11 e 0,06 anos, relativamente a 2017-2019 (INE, 2021). Em Portugal, embora com um aumento da esperança de vida aos 65 anos, verifica-se que nem todos os anos adicionais são vividos com qualidade (OCDE, 2021).

Recentemente, a pandemia Covid-19 afetou dramaticamente a esperança média de vida em 2020, especialmente entre as populações mais velhas. Contudo, a esperança média de vida mantém-se elevada e a expectativa é que continue a aumentar, pelo que se torna fundamental antecipar os diferentes desafios de saúde, que poderão afetar desproporcionalmente os idosos (OCDE, 2021).

Perante este cenário, os serviços deverão estar preparados para a necessidade crescente da prestação de cuidados de saúde, a uma população com inúmeras doenças crónicas, progressivamente dependente e onde a prevalência de demência poderá duplicar. Associado ao envelhecimento da população, a demência representa um dos maiores desafios, estimando-se que em 2021, nos países da OCDE, mais de 21 milhões de pessoas terão demência (OCDE, 2021). Recentemente, o estudo divulgado na publicação científica, *The Lancet Public Health*, estima para Portugal 351,504 pessoas com demência em 2050, menos do dobro previsto no ano de 2019 (Nichols *et al*, 2022).

A demência constitui-se como uma prioridade de saúde pública, e as medidas de contenção colocadas em prática para controlar a pandemia, poderão ter repercussões negativas no declínio cognitivo e bem-estar das pessoas com demência (OCDE, 2021).

## **1.1 Saúde Mental no Idoso**

Perante o envelhecimento acelerado da população portuguesa, torna-se relevante o desenvolvimento de ações de promoção da saúde dirigidas aos mais idosos, envolvendo necessariamente a promoção da saúde mental. Nos idosos, a promoção da saúde mental deve ter como principal objetivo, a estimulação da sua autonomia e qualidade de vida (CNS, 2019).

O envelhecimento corresponde a um processo complexo de degradação progressiva e diferencial em diferentes níveis, tais como, o biológico, psicológico e social, e cuja velocidade e gravidade diferem de pessoa para pessoa (Sousa, Sampaio & Sequeira, 2020). As alterações corporais no idoso têm impacto a nível psicológico, podendo observar-se mudanças de comportamento e atitudes (Sequeira, 2018).

É importante avaliar o equilíbrio entre as limitações e potencialidades do idoso, de forma a minimizar as perdas inerentes ao envelhecimento. O envelhecimento psicológico encontra-se dependente de fatores genéticos, patológicos, ambientais, do contexto sociocultural em que se encontra inserido e ainda da forma como cada idoso vivencia e organiza o seu projeto de vida. O sistema de valores, a história de vida e o contexto social tornam-se decisivos para um envelhecimento bem-sucedido (Sequeira, 2018).

A nível psicológico poderão ocorrer inúmeras alterações cognitivas, da personalidade, emocionais, do autoconceito e do autocontrolo. Consideram-se áreas-chave de crise, com possíveis repercussões na doença mental do idoso, a viuvez, a passagem à reforma, a solidão e a institucionalização, e ainda a depressão, a perturbação neurocognitiva major e ansiedade diretamente relacionadas com a saúde mental (Sousa, Sampaio & Sequeira, 2020).

Interessa estar desperto, para alguns sinais de alerta que podem suscitar o início de um processo psicopatológico, nomeadamente: a recusa na interação, o isolamento social, as queixas excessivas, o afastamento de atividades habituais e atividades prazerosas, a hipersensibilidade emocional, as confabulações, a

resistência à mudança e extrema rigidez de pensamento, entre outros (Sousa, Sampaio & Sequeira, 2020).

## **1.2 Síndrome Demencial**

O envelhecimento encontra-se associado ao aumento de doenças crônicas, como a demência, verificando-se uma diminuição das capacidades cognitivas, físicas e sociais da pessoa, e ainda um conseqüente aumento do nível de dependência (Frias, Risco & Zabalegui, 2020).

De acordo com Sequeira (2018), a demência surge como um termo genérico, que caracteriza síndromes de origens diversas, consistindo fundamentalmente na deterioração intelectual adquirida, conseqüente a uma causa orgânica não específica. Comumente, o foco de atenção dos profissionais de saúde, corresponde à sintomatologia cognitiva, que poderá envolver funções como a linguagem, memória e a função executiva e visuoespacial. Porém, a demência deve ser entendida como uma síndrome complexa, que afeta outros domínios, como a afetividade, o humor, a personalidade, o comportamento e funções biológicas, tal como o sono e o apetite (Lagarto & Firmino, 2016).

Numa fase inicial, o diagnóstico de uma síndrome demencial torna-se complexo, face ao caráter heterogêneo do funcionamento cognitivo das pessoas, e também pelo frequente aparecimento de outras patologias associadas, como, por exemplo, a depressão (Sequeira, 2018).

A idade (após 65 anos, podendo surgir entre os 40 e 60 anos), o sexo masculino, os fatores genéticos e a existência de história familiar, constituem-se como os principais fatores de riscos não modificáveis para o desenvolvimento de demência. Contudo, encontram-se também associados fatores de riscos modificáveis, tais como: o tabagismo, o estilo de vida, o alcoolismo, erros alimentares, o sedentarismo, a inatividade cognitiva e o isolamento social (WHO, 2019).

Na quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5), a demência encontra-se englobada na nova entidade denominada de Perturbações Neurocognitivas (PNC). A categoria das PNC refere-se ao “conjunto das perturbações nas quais o déficit clínico primário é na função cognitiva, sendo esse déficit adquirido e não congénito”, excluindo desta forma, outras perturbações mentais (APA, 2014, p. 707).

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (APA), apesar da nova nomenclatura, o termo demência é mantido no DSM-5 com o propósito de dar continuidade, sendo incluída no conceito mais abrangente de Perturbação Neurocognitiva *Major*, e não como uma categoria de diagnóstico. As PNC *major* caracterizam-se por défices em, pelo menos, um domínio cognitivo significativo, com impacto funcional, verificando-se uma progressiva deterioração da capacidade para as atividades de vida diária (APA, 2014). Os domínios cognitivos definidos, incluem a atenção complexa, a linguagem, função executiva, capacidade perceptivomotora, aprendizagem e memória, e por último a cognição social, pelo que o défice de memória deixa de ser essencial ao diagnóstico (APA, 2014).

De acordo com o tipo de síndrome demencial, as alterações podem ser mais marcadamente comportamentais ou psicológicas, podendo ser distinguidas quatro fases de evolução. Numa fase inicial, o idoso é autónomo, mas é frequente acontecer: alterações da memória recente e da capacidade de aprendizagem; perguntas repetitivas; alguma desorientação no tempo ou no espaço; vocabulário mais pobre; quebra de raciocínio; dificuldade em manter a atenção e a concentração; alterações emocionais (humor, perda de interesse, irritabilidade e desconfiança); alterações da vida pessoal/social (Sequeira 2018; Sousa, Sequeira & Ferré-Grau, 2017).

Na fase moderada, as queixas são mais acentuadas e os défices começam a agravar, podendo observar-se: desorientação frequente, mesmo em locais conhecidos; comunicação comprometida por problemas de linguagem; desinteresse ou esquecimento de familiares e amigos; perda progressiva de autonomia; alterações comportamentais marcadas, como a depressão, agressividade, euforia, tentativas de fuga (Sousa, Sampaio & Sequeira, 2020; Sousa, Sequeira & Ferré-Grau, 2017).

Os défices tornam-se muito marcados na fase grave, verificando-se: linguagem perdida; desorientação marcada no tempo e espaço; não reconhece pessoas próximas e nem a sua imagem ao espelho; não consegue realizar tarefas simples; marcha e equilíbrio alterados, comportamento vago e repetitivo. Na fase final da demência, o doente apresenta: alteração da consciência; perda total da comunicação verbal; imobilidade grave; problemas de deglutição; incontinência total (Sousa, Sequeira & Ferré-Grau, 2017).

A progressão da síndrome demencial é acompanhada por diversas comorbilidades, verificando-se um forte comprometimento do autocuidado. O idoso com demência apresenta uma crescente dependência, implicando mais suporte de

apoio social e dos serviços de saúde, o que se traduz em mais custos. Conjuntamente, torna-se necessário o apoio de familiares, que se veem progressivamente impedidos de manter as suas atividades produtivas. Assim se compreende porque motivo a demência tem desencadeado um forte alarme social. São necessários aumentos significativos nos orçamentos destinados à segurança social e à saúde, para fazer face à situação (Abreu, 2020). Os cuidados familiares ao idoso com síndrome demencial têm, em regra, sido assumidos como um processo natural pelas famílias, o que tem vindo a suprir as fragilidades do sistema social português. Apesar das medidas aplicadas recentemente com o objetivo de apoiar os cuidadores familiares, o suporte social é ineficaz (Ferré-Grau & Sequeira, 2020).

O Despacho n.º 5988/2018, de 19 de junho, procedeu à aprovação da Estratégia da Saúde na Área das Demências, prevendo um Plano Nacional da Saúde para as Demências composto por Planos Regionais da Saúde para as Demências. Recentemente, foi reconhecida a importância dos referidos Planos Regionais para a resposta às pessoas que vivem com demência, às suas famílias e cuidadores, verificando-se a sua aprovação, pelo Despacho n.º 12761/2021, de 29 de dezembro (Despacho n.º 12761/2021, (2021)).

### **1.3 Cuidar do Cuidador Informal**

Segundo Neves (2020), grande parte das patologias mentais acarreta um enorme sofrimento para o próprio, mas também para quem o envolve, muitas vezes toda uma família fica afetada psiquicamente. O papel de cuidador surge frequentemente em alturas inesperadas, originando um pesado desgaste a nível físico, emocional e familiar (Neves, 2020). Emergem várias emoções negativas, que poderão influenciar a saúde mental do familiar cuidador, como por exemplo: angústia, raiva, sentimentos de culpa, ansiedade, revolta, *stress* e medo (Pinho, 2020).

Com o aparecimento da demência, ocorre uma perda progressiva da autonomia da pessoa na realização das suas atividades de vida diária (AVD), implicando uma necessidade crescente de cuidados de outrem. Sucede-se uma mudança de papéis no núcleo da família e, regra geral, um dos elementos da família passa a ser o cuidador principal ou informal (Frias *et al*, 2020).

O perfil dos cuidadores informais da pessoa com demência, são na sua maioria mulheres, habitualmente esposas ou filhas da pessoa com demência, apresentam

uma idade superior a 50 anos, encontram-se desempregadas ou reformadas e com um baixo nível de escolaridade (Sousa *et al*, 2017).

Para Sequeira (2018), o papel desempenhado pelo cuidador informal, representa um elevado contributo para a manutenção do idoso em contexto domiciliário, assim como, na preservação da qualidade de vida. Contudo, os cuidadores informais do idoso com síndrome demencial, merecem especial atenção, uma vez que se verifica que disponibilizam muitas horas a prestar cuidados e conseqüentemente despendem um maior esforço físico e mental. É fundamental o desenvolvimento de intervenções, de forma a potencializar as suas capacidades e a diminuir os riscos de morbilidade (Sequeira, 2018).

Trata-se de um modelo de cuidados intenso, exigindo uma dedicação diária e permanente, podendo prolongar-se ao longo de vários anos, com conseqüentes implicações de carácter económico, de saúde e emocional (Ferré-Grau & Sequeira, 2020). Frequentemente, o cuidador informal adapta-se em função da pessoa cuidada, modificando os seus hábitos alimentares, padrão de sono, exercício físico, consultas médicas, etc. Poderá adotar comportamentos inadequados para a sua própria saúde, esquecendo-se de si e do seu próprio cuidado. Contudo, o seu grande desejo é não adoecer para poder continuar a cuidar (Ferré-Grau & Sequeira, 2020).

Verifica-se que as pessoas com demência preferem permanecer no seu ambiente familiar, evitando o internamento numa instituição de cuidados de longa duração (Frias *et al*, 2020). No entanto, prestar cuidados à pessoa com uma síndrome demencial em contexto domiciliário, torna-se um desafio, pois a doença provoca um comprometimento cognitivo progressivo e mudanças comportamentais, que poderão ser geradoras de *stress* e sobrecarga nos familiares. O cuidador familiar poderá apresentar alterações na sua saúde mental, ser obrigado a desistir do trabalho e a alterar as suas relações pessoais e sociais (Goren *et al*, 2016).

Numa revisão integrativa da literatura, Sousa *et al* (2017) procuraram identificar as principais necessidades dos cuidadores familiares de pessoas com demência, a residir no domicílio. Verificaram que estes cuidadores familiares, manifestam maioritariamente necessidades relacionadas com a gestão de sintomatologia ansiosa e depressiva, com o conhecimento, com a gestão das relações familiares e sociais e com a escassez de apoio institucional/formal. As principais necessidades manifestadas pelos cuidadores familiares, poderão ser organizadas em três grupos

principais – as necessidades relacionadas com o contexto, com o exercício do papel de cuidador e com o próprio familiar cuidador.

Os mesmos autores, referem que as necessidades do cuidador informal vão se alterando ao longo do tempo, de acordo com a evolução da síndrome demencial. Numa fase inicial a moderada, as necessidades mais importantes correspondem à gestão da comunicação e do comportamento, assim como, aprender a lidar com os sintomas comportamentais e psicológicos. Na fase grave, os cuidadores manifestam uma maior necessidade de conhecimento e prática para a realização das atividades básicas de vida diária (Sousa *et al*, 2017).

Os programas dirigidos a cuidadores informais com base em terapias psicoeducacionais e cognitivo-comportamentais, têm-se mostrado eficazes na melhoria da qualidade de vida, bem-estar emocional e na redução da sobrecarga, com um efeito positivo na qualidade do cuidado prestado em casa (Frias, Risco & Zabalegui, 2020). Segundo Sequeira (2018), a psicoeducação familiar tem demonstrado eficácia na redução da sobrecarga e emoção expressa dos familiares da pessoa com doença mental.

As intervenções psicoeducacionais realizadas com os cuidadores, permitem o aumento do seu conhecimento sobre a doença, o desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas e ainda facilitam o apoio social. As intervenções com base em atividades práticas reduzem a sobrecarga, enquanto as intervenções em grupo, proporcionam uma diminuição da ansiedade, insónia, depressão, melhoria da qualidade de vida e perceção de autoeficácia (Frias *et al*, 2020).

A implementação de intervenções/programas psicoeducativos tem benefícios demonstrados na capacitação dos cuidadores informais e na redução dos seus níveis de *stress* e sobrecarga. A existência de programas de capacitação pode contribuir, não só para a melhoria dos cuidados prestados na comunidade às pessoas com demência, mas também reduzir as repercussões negativas do exercício do papel do cuidador (Sousa, Sequeira, Ferré-Grau & Sampaio, 2020).

Em Portugal, verifica-se uma lacuna nos programas de formação de cuidadores informais de pessoas com demência, a viver em casa. O programa psicoeducativo, “(Es)Tar com a Demência” ou “*Living Together with Dementia*”, pode ser uma mais-valia para a formação de cuidadores familiares de pessoas com demência a residir no domicílio, numa fase inicial a moderada da doença. Trata-se de um programa construído, validado e implementado por EESMP em contexto português, podendo

ser aplicado individualmente ou em grupo, com resultados positivos na sobrecarga, satisfação, dificuldades e estratégias de resolução de problemas (Sousa *et al.*, 2022; Sousa, Sequeira, Ferré-Grau & Graça, 2020).

O programa “(Es)Tar com a Demência” (Anexo I), com uma duração de sete semanas, integra sete sessões individuais semanais e duas sessões de grupo, objetivando em contexto grupal, a partilha de expectativas, emoções, desafios e estratégias entre os cuidadores familiares. Nas sessões individuais poderão ser abordadas várias temáticas, tais como: demência e suas fases, alterações psicológicas e comportamentais associadas, tratamento farmacológico, estratégias de gestão do comportamento e comunicação, estimulação cognitiva, estratégias para assistir nas AVD, sentimentos e exigências do cuidador, manutenção da saúde física e mental do cuidador, recursos de apoio da comunidade (Sousa, Sequeira, Ferré-Grau & Graça, 2020; Sousa, Sequeira, Ferré-Grau, 2018).

A Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (ESC), trata-se de um instrumento fiável, com boas características psicométricas, traduzida e adaptada para a população portuguesa por Sequeira (2007). Permite avaliar a sobrecarga subjetiva e objetiva do cuidador informal associada ao ato de cuidar. A sobrecarga subjetiva diz respeito à perceção pessoal do cuidador informal perante as consequências do cuidar, enquanto que, a sobrecarga objetiva representa as repercussões no familiar resultantes da natureza e da necessidade de cuidados (Sequeira, 2018; 2010).

Na prática clínica, é sugerida a sua utilização como instrumento de diagnóstico, mas também, como um instrumento para a monitorização de programas de intervenção com os cuidadores informais. A ESC (Anexo II) é constituída por 22 questões, abrangendo informação do cuidador informal no que diz respeito à sua vida pessoal, vida social, saúde, situação emocional, situação financeira e tipo de relacionamento. A pontuação total oscila entre 22 e 110, correspondendo a maior pontuação a uma maior perceção de sobrecarga, e com os seguintes pontos de corte: “Inferior a 46 = Sem sobrecarga; Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira; Superior a 56 = Sobrecarga intensa” (Sequeira, 2010, p.11)

Segundo Sequeira (2010), na análise fatorial da ESC são identificados quatro fatores, encontrando-se os dois primeiros direcionados para a sobrecarga objetiva (“impacto da prestação de cuidados”, “relação interpessoal”) e os dois últimos para a sobrecarga subjetiva (“expectativas com o cuidar”, “perceção de autoeficácia”).

## 1.4 Atual Estatuto do Cuidador Informal

É essencial garantir os direitos daqueles que vivem com doença mental, assim como os seus familiares e cuidadores. O acompanhamento, seguimento, tratamento adequado, reabilitação e apoio social dos mesmos, torna-se determinante para que consigam ter uma participação íntegra na sociedade, atividade laboral e na sua vida familiar (CNS, 2019).

Durante o ano de 2019, o importante papel dos cuidadores informais foi reconhecido legalmente. O Estatuto do Cuidador Informal (ECI), publicado em setembro de 2019, regulariza os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada, e estabelece um conjunto de medidas de apoio. O referido estatuto distingue dois tipos de cuidador, o cuidador informal principal e o cuidador informal não principal (Lei n.º 100/2019, 2019). O cuidador informal principal, vive com a pessoa cuidada, acompanha e cuida a pessoa cuidada permanentemente e não recebe qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta. O cuidador informal não principal, pode ou não viver com a pessoa cuidada, acompanha e cuida a pessoa cuidada regularmente e pode auferir ou não remuneração por trabalhar ou pelos cuidados que presta (Lei n.º 100/2019, 2019).

Após a implementação e avaliação dos projetos-piloto experimentais, em alguns municípios, dirigidos a pessoas que se enquadrem nos termos previstos no ECI, procede-se atualmente à adoção das regras aplicadas aos projetos-piloto a todo o território continental. No início do ano de 2022, o decreto regulamentar n.º 1/2022, “estabelece os termos e as condições do reconhecimento do estatuto de cuidador informal bem como as medidas de apoio aos cuidadores informais e às pessoas cuidadas” (Decreto Regulamentar n.º 1/2022, 2022, p.21).

O referido decreto regulamentar, procura valorizar e reconhecer a função social dos cuidadores informais, promovendo a manutenção das pessoas cuidadas no domicílio, facilitar a ativação dos recursos da comunidade e proporcionar aos cuidadores informais, com base no Plano de Intervenção Específico (PIE), apoio técnico especializado (profissional de referência da saúde e segurança social). O PIE resulta do diagnóstico das necessidades do cuidador informal, em concordância com as da pessoa cuidada, representando um documento-programa, no qual o cuidador informal participa ativamente (Decreto Regulamentar n.º 1/2022, 2022).

No âmbito, das medidas de apoio comuns ao cuidador informal, compete ao profissional de saúde de referência, especialmente no contexto da equipa de saúde familiar, capacitar, acompanhar, formar e aconselhar o cuidador informal, de forma a desenvolver as suas capacidades e aquisição de competências para a prestação adequada dos cuidados de saúde à pessoa cuidada (Decreto Regulamentar n.º 1/2022, 2022).

Na existência de grupos de autoajuda, criados pelos serviços de saúde responsáveis, o cuidador informal tem direito a participar, favorecendo a partilha de experiências similares, e conseqüentemente promovendo a sua confiança, autoestima, estabilidade emocional, o estabelecimento de relações de suporte positivas e ainda minorando o isolamento fomentando a integração na comunidade (Decreto Regulamentar n.º 1/2022, 2022).

O cuidador informal, sempre que necessário, pode usufruir de apoio psicossocial, permitindo o desenvolvimento de competências pessoais e sociais. Com vista à diminuição da sua sobrecarga física e emocional, pode ainda beneficiar de um período de descanso. Neste âmbito, a pessoa cuidada poderá ser referenciada para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, beneficiando de uma diferenciação positiva (Decreto Regulamentar n.º 1/2022, 2022).

## **1.5 Cuidar em Saúde Mental**

A área de intervenção é fulcral no domínio da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. O EESMP, “para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais” (OE, 2018, p. 21427). É esta prática clínica que permite ao EESMP estabelecer relações de parceria e confiança com a pessoa, aumentar o *insight* sobre os seus problemas, bem como a sua capacidade para descobrir novas vias de resolução (OE, 2018).

Segundo Hesbeen (2000, p. 10) o cuidar corresponde a uma “atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem-estar, a promover a sua saúde”. Para Watson (2002), cuidar em enfermagem é essencialmente uma resposta pessoal, em que a relação interpessoal, é a via pela qual o enfermeiro acede ao outro. Hesbeen (2000),

corroborando da mesma opinião, e diferenciando o que é acessório e o que é a essência dos cuidados de enfermagem, determina a relação interpessoal como a essência do cuidar, e o acessório, os meios utilizados para a concretização desse cuidado.

Ao cuidar, o enfermeiro assume uma posição privilegiada junto da pessoa, que lhe permite desenvolver uma relação particular e única, com o intuito de “influenciar profundamente a pessoa” (Phaneuf, 2005, p. 323). O principal objetivo da relação de ajuda, enquanto intervenção de Enfermagem, é centrar-se na pessoa, de forma a que seja criado um ambiente favorável ao crescimento, fomentando a autenticidade, compreensão e aceitação, levando a que esta reforce a sua capacidade de lidar com situações adversas e encontrar soluções, acedendo aos recursos ao seu alcance. (Coelho, Sampaio & Sequeira, 2020).

Segundo Chalifour (2008) esta relação pode ser utilizada com diferentes fins, nomeadamente: garantir que a pessoa se sinta compreendida e que a intervenção é personalizada e dá resposta às suas necessidades; promover um clima seguro e de confiança; promover a aprendizagem e o desenvolvimento da pessoa; propiciar um meio psicoterapêutico privilegiado, que permita compreender eventos ou relações traumáticas e até atuar sobre as mesmas.

Esta relação “assume-se como uma intervenção autónoma e psicoterapêutica do domínio da Enfermagem” (Coelho, Sampaio & Sequeira, 2020, p.183) e compreende um conjunto de características que fazem da mesma um importante meio de intervenção. É intencional, planeada e comporta objetivos bem definidos. Concomitantemente surge com o intuito de dar resposta a um diagnóstico de enfermagem previamente identificado (Coelho, Sampaio & Sequeira, 2020).

Hildegard E. Peplau (1990), no processo de cuidar, aborda a relação entre o enfermeiro e a pessoa como um processo interpessoal e terapêutico. Na sua teoria, o potencial terapêutico incide no relacionamento pessoa-pessoa, na forma como o enfermeiro e a pessoa interagem, ocorrendo para ambos um crescimento e desenvolvimento pessoal. Peplau (1990), analisa e particulariza as diferentes interações, desenvolvendo-se a relação terapêutica ao longo de quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução. Poderão interrelacionar-se e sobrepor-se conforme a evolução do processo, no qual o enfermeiro e a pessoa aprendem a trabalhar cooperando para resolver problemas. Pela particularidade da relação que se estabelece entre o EESMP e a pessoa com doença mental, a Teoria

das Relações Interpessoais em Enfermagem de Peplau, foi norteadora das intervenções terapêuticas desenvolvidas neste projeto.

Embora a comunicação verbal seja ainda o método tradicional de interação em contexto terapêutico, e o mais utilizado, é sabido que os indivíduos têm diferentes formas de se expressar. Para Malchiodi (2007), é fundamental que os terapeutas sejam capazes de incluir estas várias formas de expressão na sua abordagem aos utentes, de forma a melhorar substancialmente a sua comunicação, tornando-a mais efetiva e autêntica.

As terapias expressivas ou mediadores expressivos, recorrem ao uso de formas de arte, como o desenho, música, dança ou modelagem em barro, em contexto psicoterapêutico (Malchiodi, 2007). Segundo a autora (2007), estas atividades permitem aos indivíduos de todas as idades exprimirem os seus pensamentos e emoções de uma forma totalmente diferente daquela que seria a estritamente verbal.

Embora na sua generalidade os mediadores expressivos envolvam ação, cada um tem as suas particularidades e até objetivos. A expressão plástica, como o desenho ou pintura conduz a um trabalho mais individual/isolado e pode fomentar um processo mais introspetivo e voltado para o *self*. A música invoca sentimentos e emoções e pode, por si só, levar à socialização, quando as pessoas colaboram numa canção ou a tocar instrumentos. Por outras palavras, cada forma de expressão tem as suas propriedades únicas e desempenha um papel terapêutico, dependendo da forma como é aplicada e desenvolvida, bem como do próprio terapeuta e do *setting* (Malchiodi, 2007).

Um grupo terapêutico é uma das formas em que pode ser desenvolvida uma intervenção psicoterapêutica. Nestes grupos, tanto as interações pessoa-pessoa como pessoa-terapeuta são utilizadas como veículo de mudança do comportamento de cada um dos elementos. Ou seja, o próprio grupo, através da aplicação de técnicas e intervenções específicas, funciona como instrumento para a mudança, conferindo-lhe um potencial terapêutico singular (Vinogradov & Yalom, 1992).

Estes grupos fomentam a partilha, reduzindo o sentimento de isolamento e os seus principais objetivos passam por “a partilha de sentimentos, ideias, opiniões e experiências entre os seus membros, tendo em vista a aprendizagem mútua (...) enfatizando as interações sociais face a face (...) promovendo a autoestima, a estabilidade emocional e o estabelecimento de relações de suporte” (Amaral, 2020, p. 225).

Segundo Guerra, Lima & Torres (2014), o grupo cria a sua própria dinâmica. Não são as técnicas que criam a dinâmica de grupo, estas tornam-se importantes catalisadores da ação do grupo e estímulos à sua progressão. Townsend (2011), refere que os grupos terapêuticos se baseiam menos na teoria e direcionam-se mais nos processos de grupo, na interação entre os elementos, nas relações de grupo, e centram a sua atenção num tema ou problema a debater.

É necessário, que o dinamizador adote uma atitude ativa e de responsabilidade no desenvolvimento do grupo, facilitando a interação entre os elementos, auxiliando-os a definir os seus objetivos pessoais, ajudando-os a aprender uns com os outros, e encorajando-os a traduzir os seus *insights* para ações concretas exteriores ao contexto grupal (Guerra, Lima & Torres, 2014).

## **2. A EXPERIÊNCIA CLÍNICA EM SAÚDE MENTAL**

Para uma melhor organização e exposição das atividades desenvolvidas, este capítulo encontra-se estruturado em duas partes, correspondendo cada uma a um contexto de estágio.

### **2.1 Serviço de Internamento de Psiquiatria**

O serviço de internamento de psiquiatria destina-se a adolescentes e adultos jovens, ao considerar que a psicopatologia do final da adolescência e princípio da idade adulta, é manifestamente sobreponível. Quer os quadros depressivos mais graves com ideação suicida, quer os quadros de natureza psicótica, manifestam-se pela primeira vez entre os 15 e os 25 anos. As intervenções pedopsiquiátricas e psiquiátricas deste serviço, visam intervir de forma eficaz no primeiro episódio da doença mental grave e conseqüentemente evitar a evolução para a cronicidade. Incorporando uma filosofia de intervenção integrada e multidisciplinar, característica dos serviços especializados de Psiquiatria e Saúde Mental, para além do tratamento do episódio agudo, adota uma estratégia de reabilitação e reinserção da pessoa com doença mental na comunidade, desenvolvendo a sua ação desde a prevenção primária até à terciária.

A equipa terapêutica multidisciplinar é composta por enfermeiros, psiquiatras, pedopsiquiatras, psicólogos, assistente social, dietista, terapeuta ocupacional, educadora e assistentes operacionais. A equipa de enfermagem é constituída na sua totalidade por dezoito enfermeiros, dos quais sete EESMP.

O serviço dispõe de vinte camas distribuídas por seis enfermarias, para possível internamento de dez doentes de cada género, correspondendo fisicamente a duas alas distintas. Como áreas comuns, existem duas salas de convívio com acesso a televisão, rádio e jogos eletrónicos, uma sala de atividades com possibilidade de utilização de alguns mediadores expressivos, um ginásio, uma sala de refeições e ainda um jardim exterior onde poderão realizar atividade física, jardinagem e agricultura numa pequena horta de plantas aromáticas. Neste serviço, os adolescentes e adultos jovens circulam durante o dia pelos diferentes espaços, os quartos encontram-se encerrados, salvo determinadas exceções, pelo que dispõe de

uma estrutura física adaptada para garantia de uma prestação de cuidados com segurança.

Neste internamento, poderão ser admitidos os adolescentes/adultos jovens provenientes da Urgência Psiquiátrica e Pedopsiquiátrica, ou de forma secundária dos serviços no qual se insere, com uma duração média de internamento de cerca de três semanas. O acolhimento do adolescente/adulto jovem e sua família, no momento da sua admissão, é realizado por um enfermeiro, que apresenta e explica o funcionamento e organização do serviço, definindo o contrato terapêutico. Posteriormente, o enfermeiro procede à avaliação inicial, integrando a avaliação do estado mental, identifica os primeiros diagnósticos de enfermagem e define intervenções terapêuticas individualizadas. Nesta fase, todos os pertences do adolescente/adulto jovem são analisados, e é reforçada a informação sobre os objetos não permitidos, as normas de utilização dos materiais de higiene e as regras para o consumo de tabaco.

Regra geral, as visitas decorrem no exterior do serviço com autorização da equipa de saúde, e encontram-se reservadas apenas às pessoas significativas. Para aceder ao interior do serviço, é necessária a aprovação do enfermeiro responsável e posterior acompanhamento do assistente operacional. No entanto, face ao atual contexto de pandemia, durante o meu período de estágio, os jovens apenas podiam comunicar com os seus familiares pelas janelas do serviço. O adolescente/adulto jovem tem ainda a possibilidade de estabelecer contacto com o exterior, podendo rececionar e efetuar em horário específico chamadas telefónicas para familiares e pessoas de referência. Todos os telefonemas são efetuados com a supervisão de um enfermeiro, para possível mediação em situações de crise ou conflito.

A equipa técnica preconiza um plano semanal de atividades terapêuticas, mas nem sempre se concretizam, pela ausência de alguns técnicos da equipa multidisciplinar, pelo número e caracterização dos enfermeiros presentes no turno e pelo risco clínico de cada adolescente/adulto jovem (risco de fuga, risco de suicídio e risco de agressividade). Durante o estágio, foi possível observar que os EESMP, reconhecendo a importância de serem desenvolvidas intervenções psicoterapêuticas, procuravam planear e desenvolver outras atividades terapêuticas em grupo, de acordo com as necessidades que emergem no dia-a-dia. De um modo geral, os EESMP demonstram interesse em afastar uma prática de cuidados assente no modelo

biomédico, bem como, em influenciar a restante equipa para a importância desta mudança.

Semanalmente, na manhã de segunda-feira, para debate e tomada de decisões dos casos clínicos, é realizada uma reunião com todos os elementos da equipa multidisciplinar, participando sempre um enfermeiro, idealmente EESMP, ou aquele que é detentor de informação recente sobre os jovens. Diariamente, psiquiatras e pedopsiquiatras reúnem com a equipa de enfermagem, com a finalidade de reavaliar o plano terapêutico de cada utente. A equipa médica procede ainda à realização de entrevistas familiares, na presença do jovem, por vezes com o psicólogo e assistente social, mas sempre sem qualquer elemento da equipa de enfermagem, face ao número insuficiente de enfermeiros por turno.

### **2.1.1 O estágio em contexto hospitalar**

Apesar da minha apreensão inicial, a particularidade deste serviço tornou-se enriquecedora das minhas aprendizagens, permitindo-me um maior conhecimento e compreensão do sofrimento mental dos adolescentes e jovens adultos. Primeiramente, senti que ainda estava a ser influenciada pelo conceito da adolescência associado a um período de turbulência e de rebeldia, e que esta situação poderia comprometer a relação terapêutica. Foi importante compreender a adolescência, como uma etapa do desenvolvimento, que conduz à autonomia e à formação de identidade e que envolve tomada de decisões importantes, responsabilidade, transformação e descobertas e conquistas relevantes.

Houve necessidade de readaptar o projeto, de desenvolver a capacidade de identificar as necessidades e problemas dos adolescentes, jovens e suas famílias, e consequentemente planear e implementar intervenções terapêuticas efetivas. Neste contexto de estágio, tornou-se evidente a forma como as características familiares (divórcios, monoparentalidade, reconstituições familiares), o nível socioeconómico, variáveis culturais e os eventos de vida interferem nos processos de saúde/doença mental.

Inicialmente, foi essencial uma integração na dinâmica, funcionamento do serviço e equipa multidisciplinar. A primeira semana, foi marcada por intervenções de enfermagem individuais, procurando tornar este percurso numa viagem rica em conhecimentos e vivências significativas. Tornou-se relevante a análise e reflexão da

prática desenvolvida, procedendo à elaboração de reflexões, bem como, os momentos de supervisão clínica na superação das dificuldades sentidas. O desenvolvimento de um pensamento reflexivo, possibilitou-me reconhecer os meus preconceitos, resistências, receios e limites da relação profissional. Iniciava uma nova experiência, percebi que as minhas crenças, valores morais, experiências passadas, a minha conceção de pessoa e saúde, assim como, a minha compreensão das razões e princípios que estão na origem da necessidade de ajuda psicológica, seriam fatores influenciadores na minha intervenção, no modo de estar em relação com o outro.

Ao longo deste percurso de formação, é exatamente neste serviço que o processo de autoconhecimento e autoconsciência ganham destaque. Inicialmente, foi difícil o confronto com alguns comportamentos, como o partir objetos, o ameaçar, gritar ou insultar, não existindo congruência entre a minha expressão verbal e não verbal. A falta de conhecimento e compreensão dos processos de sofrimento, alteração e doença mental levaram-me a adotar por vezes uma expressão facial de surpresa, medo e desagrado. Em oposição, perante os seus momentos de angústia assumia uma atitude protetora, parental. Ingressei numa autoconversa, questionando-me sobre como me sentia, como geria as minhas emoções, o que me era suportável perante alguns comportamentos apresentados pela pessoa com doença mental.

Uma das experiências que teve maior impacto em mim, diz respeito a uma situação vivenciada com uma adolescente, a Cátia, com dezasseis anos de idade, admitida na unidade por ideação suicida e ingestão medicamentosa voluntária. Após o pequeno-almoço iniciou um quadro de gritos descontrolados, sendo perceptível a minha irritabilidade e conseqüente dificuldade de intervenção terapêutica. A orientadora clínica, manteve o contacto visual com a Cátia, acolhendo e contendo física e emocionalmente a sua dor, sem preconceitos. Já no cadeirão, embalada, partilha a sua luta pessoal nas restrições alimentares e a relação conflituosa com a mãe.

No decurso desta experiência clínica, foi possível participar nas reuniões multidisciplinares do serviço, que se tornaram fulcrais no desenvolvimento de competências a diferentes níveis. Especificamente, a partilha de informação permitiu um maior conhecimento do contexto de vida de cada jovem, complementar a avaliação do estado mental, estabelecer diagnósticos de enfermagem ou identificar focos de atenção, e, por conseguinte, o planeamento de intervenções mais efetivas. Proporcionou ainda um melhor entendimento da repercussão da doença mental na

pessoa, família e comunidade, assim como, conhecimento dos parceiros comunitários ativos no plano de cuidados a desenvolver com o doente mental.

Tive a oportunidade de colaborar com a equipa multidisciplinar, planeando e desenvolvendo atividades terapêuticas em grupo, nomeadamente nas atividades de cineterapia, dançaterapia, arte-terapia e culinária. Um conjunto de atividades que mobilizaram cuidados sócio terapêuticos, psicoterapêuticos, e psicoeducacionais, planeadas com base em evidência científica, e que foram de encontro às necessidades de emergência grupal.

Embora com um plano semanal de atividades terapêuticas instituído no serviço, nem sempre era possível o seu cumprimento. Muitas das atividades terapêuticas desenvolvidas, sofriam alterações na temática por sugestão do grupo, ou totalmente reestruturadas face às necessidades identificadas pela equipa de enfermagem. Alguns turnos foram caracterizados por grande tensão e *stress*, com adolescentes e adultos jovens com comportamentos agressivos, apresentando discursos hostis, um tom de voz muito alto e agressividade dirigida à estrutura do edifício, objetos e pessoas. Associado ao comportamento agressivo, verificava-se um elevado risco de fuga, que pontualmente se concretizou. Para além disso, a presença de comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio, implicavam diferentes níveis de observação pela equipa multidisciplinar. Desta forma, experienciei algumas situações com necessidade de intervenção em crise, compreendendo com a prática clínica, que muitos destes comportamentos correspondiam à expressão do sofrimento psíquico, nos momentos de maior vulnerabilidade. Por vezes, pelo risco de auto e heteroagressão e dificuldade no reconhecimento dos seus limites, eram levados para os quartos de confinamento/isolamento. Quartos com colchões e paredes acolchoadas, proporcionando uma contenção espacial e favorecendo a expressão de emoções e libertação de tensões.

Neste contexto, no decorrer deste ensino clínico, procedi ao planeamento e desenvolvimento de intervenções terapêuticas em grupo, sob a supervisão da enfermeira orientadora. Intervenções promotoras da expressão de sentimentos e emoções, de forma a capacitar o jovem para um maior autoconhecimento, autocontrolo e desenvolvimento de estratégias de *coping* eficazes. Tendo por base uma prática baseada na evidência científica, procurando fundamentar as intervenções planeadas, procedeu-se à implementação de intervenções que permitissem fornecer ao jovem, estratégias para dar resposta às suas necessidades, e conseqüente

diminuição do sofrimento mental. Um conjunto de atividades em grupo, que mobilizaram cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, e psicoeducacionais, e com recurso a alguns mediadores expressivos, como o desenho, pintura e barro, entre outros. As diferentes experiências vivenciadas, caracterizadas pela parceria estabelecida com os jovens, com o intuito de os ajudar a serem proativos na realização dos seus projetos de saúde, tornaram-se momentos promotores do desenvolvimento da relação terapêutica.

Integraram as atividades terapêuticas, adultos jovens e adolescentes internados no decurso do ensino clínico, apresentando períodos de internamento diferentes. Com uma faixa etária compreendida entre os 15 e os 21 anos, e admitidos no internamento com os seguintes diagnósticos médicos: ideação suicida, tentativa de suicídio, comportamento autolesivos, perturbação afetiva bipolar, primeiro episódio psicótico. Foram definidos como critérios de exclusão, apenas os jovens com agitação psicomotora e risco de heteroagressividade,

Seguidamente, encontra-se descrito um resumo de algumas intervenções realizadas ao longo do ensino clínico, evidenciando a participação de cada elemento e procedendo a uma análise crítica sobre a mesma.

### Atividade 1 - Reunião Comunitária

Com esta atividade, pretendeu-se proporcionar um melhor ambiente terapêutico no serviço de internamento, promovendo um espaço de partilha de aspetos positivos e negativos sobre o seu funcionamento, indo de encontro à emergência grupal identificada no decurso dessa semana (consultar Apêndice 1). Embora pudesse envolver toda a equipa de profissionais de saúde, estiveram presentes sete jovens, e não se procedeu à apresentação dos participantes, uma vez que já tinha ocorrido noutra contexto.

Inicialmente, foi abordado o conceito de reunião comunitária, os seus objetivos e referido que, nesta reunião não existia um tema específico definido. Sentados em círculo, favoreceu-se um ambiente acolhedor para a partilha de dúvidas, medos, opiniões e sugestões de melhoria na dinâmica do serviço. Foi ainda reforçada a importância da participação livre de cada um.

De forma espontânea, os elementos do grupo começaram por referir que gostariam que fossem desenvolvidas mais atividades ao longo do dia, e neste sentido

foram incentivados a refletir sobre quais as atividades que já se encontram planeadas no serviço. Apenas enumeraram como atividades predefinidas, a de culinária e musicoterapia. As adolescentes mais comunicativas, Maria e Rosa, salientam que apesar do número reduzido de atividades, muitos não têm interesse em participar.

A Andreia recorda a atividade de cineterapia realizada anteriormente, e no âmbito da discussão a respeito dessa intervenção, foi promovida a partilha de ideias sobre o conceito de atividades terapêuticas e atividades recreativas. Alguns adolescentes referiram que, atividades recreativas são: “o pintar, desenhar, fazer o que nós queremos dentro de um papel”; “fazer o que nós gostamos”; “ou o que sentimos falta” (sic). Mencionaram ainda que as atividades terapêuticas são melhores: “há aqui muita gente tensa (...) parecemos encurralados e é um bocado nervoso (...) é bom uma atividade que dê para sentirmos que estamos livres”; “é difícil nós sozinhos irmos à nossa mente”; “uma mente desocupada é uma oficina do diabo” (sic). Contudo, a maioria dos elementos do grupo referiu que mesmo as atividades recreativas se tornavam terapêuticas, identificando-as como uma forma de melhorarem o seu processo de recuperação.

Durante a progressão da reunião comunitária, contrariamente a situações anteriores, senti-me mais segura no papel desempenhado. Reconhecendo que já tinha iniciado uma relação de parceria e confiança com alguns dos elementos presentes, com melhorias na comunicação terapêutica, com um maior conhecimento da “visão do mundo” do adolescente, evitando conselhos paternalistas. Perante algumas verbalizações, fui observando o comportamento de cada um, com o propósito de complementar a avaliação do seu estado mental. Por sua vez, o melhor conhecimento de cada elemento iria-me permitir a realização e implementação de um plano de cuidados individualizado.

Como proposta de melhoria do funcionamento do serviço, foram enunciando algumas atividades tais como: relaxamento, atividade física, criação de pulseiras, jogos de tabuleiros, torneios de matraquilhos. O Pedro, que até ao momento ainda não tinha participado, acrescentou que seriam importantes atividades de comunicação, verbalizando “a comunicação é muito importante, para nos percebermos uns aos outros e a nós próprios” (sic). Posteriormente, a Andreia referiu que também seria importante a criação de “grupos de ajuda” (sic). Neste contexto, foi abordada a possibilidade do desenvolvimento de atividades psicoeducativas, onde o tema poderia ser definido por unanimidade pelos elementos. Senti que seria

importante envolver a Cátia no grupo, por isso questionei-a se queria partilhar a sua experiência anterior, explicitando a dinâmica deste tipo de atividades. A Cátia aceita, ao perceber que não se tratava de uma exposição pessoal, e mantendo o contacto visual com os restantes elementos descreve a sua participação numa atividade sobre redes sociais.

O grupo mostrou interesse pela realização de atividades psicoeducativas, pelo que foram discutidos alguns temas para votação: redes sociais, autoestima, futuro e sentimentos/emoções (mencionaram a tristeza, raiva, medo, frustração e repulsa). Após votação, ficou programada uma intervenção psicoeducativa inerente ao tema da “Autoestima”. O Rafael, foi o único elemento que se manteve recatado, como estratégia solicitei-lhe que escrevesse no quadro branco as sugestões dos colegas, envolvendo-o e facilitando a organização das diferentes sugestões do grupo.

No final, alguns elementos partilharam determinados aspetos positivos sobre a reunião realizada, desejando que a mesma ocorresse às segundas-feiras para planeamento de atividades. A avaliação foi unanimemente positiva, sendo expressado por alguns participantes: “gostei muito”, “foi importante falarmos sobre o internamento”, “foi boa, assim não estamos parados” (sic).

De uma forma geral, a reunião comunitária proporcionou um espaço onde os adolescentes e jovens sentiram a unidade como sua, com a oportunidade de emitirem opiniões válidas sobre o serviço, de forma a melhorar ou construir características do mesmo, ou seja, a criarem o seu ambiente terapêutico. Desta forma, a reunião comunitária constituiu-se como uma intervenção socioterapêutica, se considerarmos que otimizámos a comunicação e as relações sociais entre os elementos no meio onde estão inseridos. Simultaneamente uma intervenção psicossocial, uma vez que se procurou o desenvolvimento de competências pessoais e sociais nos elementos participantes.

Perante a inexperiência nos processos de grupos terapêuticos, senti algumas dificuldades para intervir, e neste contexto, talvez por desejar participar ativamente, invadi o espaço de um dos adolescentes ao colocar uma questão individualizada, provocando a sua exposição ao restante grupo. Embora tivesse observado que não foi constrangedor para o jovem, permitiu-me tomar consciência dos meus limites na preservação da integridade do processo terapêutico.

## Atividade 2 – “Autoestima”

Para esta intervenção psicoeducativa, delineou-se como objetivo geral promover o bem-estar e alívio do sofrimento psicológico em adolescentes e jovens com baixa autoestima. Encontrando-se novos elementos no serviço, primeiramente, de forma informal, foi realizada uma apresentação genérica sobre a atividade terapêutica a realizar. Pude verificar que esta ação se tornou um elemento facilitador para a adesão na participação, com um total de seis elementos.

Inicialmente, com o apoio dos jovens foi preparado o *setting* terapêutico. A sala foi organizada de forma a proporcionar um espaço amplo, que permitisse uma distribuição em círculo. Posteriormente, expliquei o motivo da intervenção e os seus objetivos, contudo, embora tivesse planeado, não informei sobre algumas regras essenciais para o bom funcionamento do grupo. Não transmiti que se tratava de um espaço contentor, assegurando a privacidade e confidencialidade, e naquele instante, a Maria solicitou que se fechasse a porta na totalidade, talvez sentindo algum desconforto.

Com o propósito de reduzir a inibição dos participantes, de estimular a coesão e empatia do grupo e perante a presença de novos elementos no internamento, reformulei a técnica de quebra-gelo inicial. Encorajando o contacto e o movimento corporal, foi solicitado que se cumprimentassem com o pé, e que cada um partilhasse o seu nome, idade e naturalidade. Esta atividade decorreu ao som de música selecionada por um dos elementos, no *spotify*® móvel.

Já sentados em círculo, foi promovido um espaço para a partilha de conhecimentos prévios, crenças e significados acerca da autoestima e do autoconceito. A Margarida iniciou o debate referindo que “a autoestima é aceitarmos-nos como nós somos, independentemente do que os outros pensam sobre nós” (...) “uma aceitação de nós por completo” (sic). Sendo visível que se tratava de uma temática de interesse pessoal, partilhou algumas vivências face à sua baixa autoestima e identificou atitudes para a melhoria da mesma. Até ao momento encontrava-se mais afastada do grupo, contudo, a sua participação constituiu-se como um fator promotor para a sua integração.

Durante o debate, foi possível verificar que os mesmos se caracterizavam com pensamentos e desempenhos negativos e revelavam uma imagem mental de si em dissonância com a realidade. A Maria, que diariamente me recordava a data de

realização desta atividade referiu “se a autoestima for má, a nossa própria cabeça cria paranoias sobre nós mesmos” (sic). O seu comentário surpreendeu-me, e apenas naquele instante compreendi e interpretei o seu pedido de ajuda.

Seguidamente, propus a realização de uma dinâmica de grupo, especificamente a técnica “Festinhas do Ego” (consultar Apêndice 2). Os jovens foram incentivados a movimentar-se pela sala, e simultaneamente escrever nas costas de todos os elementos do grupo terapêutico, duas características positivas que os definam: uma física e outra psicológica. O António e a Carolina manifestaram pouca iniciativa nesta interação, no entanto, os restantes tornaram-se promotores das suas participações.

Após esta dinâmica de grupo, as folhas foram recolhidas e, sem referir a quem pertenciam, li em voz alta o conteúdo de cada uma. Perspetivava que o grupo tentasse identificar, com base nas características, qual o elemento em questão. Todavia, o Tomás manifestava-se antecipadamente, referindo “ah, fui eu que escrevi” (sic), sentindo alguma dificuldade em conter a sua participação. Fui reforçando que todos teriam o direito de se expressar, pelo que deveriam respeitar as diferentes perspetivas, no entanto, a minha intervenção tinha efeitos sempre a curto prazo. Fui percecionando, que pontualmente alguns elementos manifestavam irritabilidade perante a intervenção excessiva do Tomás.

Após a identificação, cada elemento expressou a sua opinião em relação ao que foi dito sobre si, verificando-se uma descrição de si próprios com sentimentos de autovalorização. Apesar das máscaras cirúrgicas, notava-se em alguns jovens um sorriso com sobrancelhas levantadas que demonstravam a felicidade, surpresa e entusiasmo perante as verbalizações que lhe eram dirigidas. A Carolina adotou uma atitude de resistência, desvalorizou as perceções positivas referidas pelos colegas e manteve uma imagem negativa sobre si, referindo “não concordo” “não acho” (sic). Já anteriormente, no debate sobre os vários conceitos, abordou a autoestima pela negativa “ou como não nos aceitamos a nós próprios” (sic).

Para concluir, recorri à discussão em grupo, questionando como se sentiram durante a atividade, se tiveram dificuldade em realizá-la e o que gostaram mais. De um modo geral, os elementos referiram “foi muito importante para mim”, “gostei muito” “foi bom a opinião dos outros” (sic).

Explorando o que foi escrito pelos participantes, é possível concluir que a intervenção enfatizou as interações sociais, a estabilidade emocional e o reforço das

relações de suporte, contribuindo para a promoção da autoestima. Parafrazeando os jovens: “tens que ter autoestima, para a ganhares terás a nossa ajuda”; “és uma pessoa de uma força indeterminável, tens força e espírito interior”; “acredita em ti”; “fala mais, exprime-te mais”; “com força e empenho vais conseguir os teus objetivos, (...) corajosa e lutadora”; “não faças nenhum disparate, que fazes falta”; “és divertida”; “és engraçada”; “és corajosa”; “és amigo”; “és simpático” (sic).

Esta intervenção integrou uma componente educativa sobre o autoconceito, autoimagem, autoestima, mas concomitantemente permitiu uma reestruturação emocional. Constituiu-se como parte integrante do regime terapêutico, visando a capacitação para a compreensão dos conceitos referidos e aprendizagem de estratégias para lidar com a doença e seus efeitos. Permitiu compreender a importância das aprendizagens por interação social, na qual a pessoa aprende fazendo e assume um papel ativo na construção do seu comportamento. Sem dúvida que a intervenção em grupo se tornou um espaço terapêutico, onde existiu a partilha de sentimentos, ideias e experiências entre os mesmos, proporcionando uma aprendizagem e descoberta mútua.

No decorrer da atividade, procurei adotar uma postura de disponibilidade e interesse sobre as necessidades, problemas e inquietações dos participantes. Elaborei questões de resposta aberta parafrazeando os seus pensamentos e sentimentos, procurei explorar significados/sentimentos, manifestando aceitação e compreensão. Todavia, nem sempre me abster de julgamentos, referindo algumas vezes “se a autoestima for boa!”, atribuindo um valor pessoal ao que era dito. Negligenciei, que a avaliação de cada jovem acerca de si poderá ser negativa ou positiva, de acordo com a percepção dos seus desempenhos, qualidades, virtudes ou valor moral e está carregada de conotações afetivas, emotivas e avaliativas.

Por outro lado, embora tenha solicitado que referissem características psicológicas e físicas, destacaram-se em grande número as psicológicas. Do ponto de vista dos aspetos físicos, apenas referiram “és gira” “és linda” (sic). Ao refletir sobre este acontecimento, primeiramente assumi que teria influenciado em demasia as respostas sobre os vários conceitos, reforçado a distinção entre imagem corporal e autoestima. Atualmente, verifico que na prática clínica se torna difícil a separação destes conceitos.

### Atividade 3 – A Cura

Com esta atividade, recorrendo a um mediador expressivo, pretendeu-se promover a comunicação de expressões emersas ou que o adolescente/adulto jovem não consegue expressar verbalmente. Integrando os pressupostos da relação terapêutica e expondo as expectativas da atividade, cada participante foi convidado à criação de um trabalho artístico com recurso ao barro (consultar Apêndice 3). Primeiramente, não existindo um tema definido, foi criado um espaço de interação (técnica de *brainstorming*) para discussão e definição da temática, surgindo ideias como o amor e a cura, que por consenso do grupo terapêutico é escolhida a cura.

A Rosa participou na atividade com pouco interesse, associando a atividade a mais uma tarefa sugerida pela equipa multidisciplinar para melhoria do seu estado de saúde. Elaborou um coração com um segmento inferior, e durante a partilha referiu “eu fiz um coração cosido, mas a agulha é um cigarro” (sic). A Tânia, perante as verbalizações da Rosa, com uma expressão facial de admiração devolveu as suas palavras, questionando “o que cose o coração é um cigarro?” (sic). Ao qual a Rosa respondeu, sorrindo com ironia, “oh pá, por enquanto!” (sic). Ao longo do internamento, a Rosa manteve-se relutante no reconhecimento do pedido de ajuda, tendo já referido em intervenção dual “as pessoas pensam que nos percebem, mas não percebem” (sic). Nos últimos dias, tinha adotado vários comportamentos autolesivos, apresentou uma tentativa de fuga e naquele momento, na sua criação, identifica a sua cura apenas nos cigarros.

Quanto a Liliana, integrou a atividade terapêutica com uma postura tranquila e disponível, dedicada e concentrada na sua criação, reproduzindo-a algumas vezes. Termina, apresentando uma base circular com um coração no seu interior. Partilhou com o grupo, “é um cinzeiro partido, com um coração no meio, porque os médicos dizem que porque fumar certas coisas estão a causar os meus problemas todos” (sic). Pela primeira vez, partilhou com os restantes elementos que consumia outras substâncias.

O jovem Tomás integrou a atividade com interesse, aproveitou o momento e rapidamente criou um coração com duas letras no seu interior “T+G”. Manifestando felicidade, verbalizou “então fiz isto, porque estou apaixonado” (sic). Anteriormente, em outras situações vivenciadas, existiu a necessidade de mediar a relação/contacto

entre os dois elementos. Evitando uma atitude depreciativa da sua obra artística, foram reforçados os limites na relação com o Outro, em contexto de internamento.

Inicialmente, a Mariana, apresentou-se com uma postura retraída e fâcies aborrecido, moldando em esforço um coração. Referiu durante a partilha, “eu não sei porque que fiz isto, mas deve ser terapêutico também, é um coração com uma seta” (sic). Durante o internamento, manteve-se resistente na identificação de fatores propulsores ou de agravamento nos momentos de maior frustração, adotando vários comportamentos autolesivos para alívio da sua angústia. Com dificuldades na expressão de sentimentos e emoções, verbalizou algumas vezes uma “sensação de vazio” (sic), naquele dia referiu “o coração é a cura” (sic). Com a partilha dos restantes elementos, foi apresentando uma expressão facial sorridente, com um aparente sentimento de pertença e identificação com o grupo.

A Tânia, mostrou-se dedicada, com um fâcies alegre e expressivo durante a modelagem do barro. Apresentou ao grupo uma mão e um penso rápido estampado com um coração. Demonstrando interesse em partilhar com os restantes elementos, e referindo-se ao penso rápido, exprime, “quando eramos pequeninos e nós nos aleijávamos, e depois a nossa mãe nos dava um beijinho, já não precisávamos de nenhum remédio” (sic). Para a Tânia, a atividade criadora, permitiu-lhe aceder a eventos passados, especificamente recordações da sua infância.

Para conclusão da atividade, foram questionados sobre como se sentiram e quais as dificuldades apresentadas, contudo, de um modo geral verbalizaram satisfação, referindo ser agradável o contacto com a textura, humidade e plasticidade do barro. Posteriormente, alguns elementos tomaram a iniciativa de promover uma reflexão final sobre a temática, referindo: “o amor é o melhor remédio”; “às vezes o amor é suficiente para nos sentirmos melhor”; “a cura às vezes é feita, às vezes custa”; “cura através de amor, tanto da minha mãe, como das coisas da natureza” “alguns sentimentos são bons em mantermos (...) e outros sentimentos não merecemos” (sic).

A maioria das criações artísticas incidiu no amor, tendo sido criados vários corações com singularidades próprias de cada elemento, e foi notório durante a partilha a importância do amor nos seus processos de cura. O uso da arte como terapia, sem o foco na qualidade estética das obras criadas, proporcionou a projeção de alguns afetos. O processo criativo, permitiu ainda a reconciliação de conflitos emocionais, promoção do desenvolvimento do autoconhecimento e de relações interpessoais.

Por motivos internos da unidade, esta dinâmica decorreu na sala de convívio, pelo que alguns jovens que recusaram participar mantiveram-se em sala, contudo não se constituiu um fator negativo no desenvolvimento da mesma. Assumi uma atitude ativa e de responsabilidade no desenvolvimento do grupo, verificando que os elementos se auxiliaram durante a preparação do barro, e no momento da partilha, espontaneamente, alguns jovens encorajaram os restantes. Pontualmente, foram efetuando uma análise das restantes obras criadas, sem assumirem uma postura intrusiva ou referindo comentários depreciativos, pelo que se constituiu um momento de entreajuda e aprendizagens mútuas.

Senti que por vezes fui assumindo uma postura tensa, focada em desenvolver o plano da atividade, mas especialmente inquieta perante as possíveis emoções e sensações desencadeadas por esta experiência. Sabia que o contacto com o barro, poderia provocar nos jovens sentimentos e emoções profundas ou recordações desagradáveis, e dessa forma uma realidade assustadora e difícil.

#### Atividade 4 – Brasão Pessoal

A realização desta atividade tinha como propósito promover o autoconhecimento. Organizou-se um espaço para a reflexão sobre valores pessoais e expressão emocional, e com recurso ao desenho e pintura livre, solicitou-se a criação de um brasão pessoal (consultar Apêndice 4). Foi utilizada música selecionada no *spotify*® móvel, criando um ambiente de segurança, tranquilidade, contenção e liberdade expressiva.

De um modo geral, foi a atividade onde senti maiores dificuldades na adesão e participação do grupo. Anterior à realização da mesma, os elementos vivenciaram uma situação de conflito entre dois jovens, sendo observável alguma inquietação no grupo terapêutico.

Como quebra-gelo, solicitou-se a cada elemento que se identificasse com o seu nome e que escolhesse um animal que gostaria de ser, com base nas características do mesmo. Nesta fase, apenas alguns elementos justificaram a escolha do animal posteriormente, cada elemento mencionou o nome e animal dos colegas que tinha à sua direita, constituindo-se um momento privilegiado de interação, de maior coesão grupal e abertura de novos canais comunicacionais e relacionais.

Após distribuição do material necessário e explicação da atividade, espontaneamente, vários elementos interagiram entre si, debatendo sobre o que poderia incluir um brasão pessoal. Assumi uma atitude de mediação, auxiliando-os na definição dos conteúdos possíveis. Delinearam as seguintes ideias: características pessoais, passatempos, interesses, pessoas que admiram, lema de vida, o maior sucesso, uma conquista a alcançar naquele ano. Embora reconhecessem que se tratava de uma criação artística pessoal, para alguns participantes tornou-se o mote para dar início à elaboração do desenho.

Todos os participantes se empenharam na realização do desenho, à exceção da Raquel, que se manteve mais observadora e várias vezes foi desistindo, trocando de lugar. Elaborou um brasão em forma de escudo, dividindo-o com as diferentes temáticas propostas em grupo. Desenhou uma máquina fotográfica na área correspondente ao seu maior sucesso e escreveu “*photography*”, incluiu outras palavras soltas nas pessoas que admirava, “bisavó, mãe, irmã” e “equitação” nos seus passatempos. Ficaram por preencher, “quem sou”, “o meu lema de vida” e “uma conquista a alcançar este ano”, contudo, assinou o trabalho recordando o seu animal, “cavalo”. A Raquel, tinha sido internada novamente após dois dias da sua alta, com uma expressão facial de tristeza, foi verbalizando “eu não sei o que desenhar (...) o meu desenho não está nada de jeito” (sic). Embora tenha reforçado a sua participação, foi notória a sua falta de confiança e baixa autoestima. No final, mostrou o seu brasão aos colegas, mas não quis falar sobre o mesmo.

O Leandro, na sua criação artística, escreveu o seu nome no centro, e em torno do mesmo esboçou alguns símbolos e imagens. Verbalizou que gosta muito de ouvir música e observar a natureza, justificando o desenho da nota musical e a borboleta. Referiu que o infinito representa o relacionamento com os seus amigos, e que o seu objetivo em 2021, é seguir em frente com os seus problemas. Quando um dos seus colegas questionou sobre o significado do olho, que se encontra na parte superior do desenho, respondeu “não sei” (sic).

Quanto ao Rafael, embora tenha verbalizado inicialmente que não queria participar na atividade, manteve-se empenhado na realização do seu desenho. Criou um brasão em formato de bolota, com um coração vermelho na parte superior, na zona inferior três gotas de sangue e no seu interior inúmeras frases soltas. Durante a elaboração do desenho, manteve o tronco sobre a mesa, numa postura fechada. Na partilha, referiu que o coração se encontra “a derramar sangue por baixo”, que o seu

lema de vida é “não há paz sem dor” e referindo-se à pessoa que é hoje e como se sente lê as seguintes frases que escreveu: “ajuda urgente”, “eu estou a morrer lentamente” “eu quero ir ter contigo mãe”, “a tua morte afetou muito a mim e ao mano”, “*my heart is broken*” (sic). Apresentou um tom de voz diminuído e uma expressão facial triste, parecendo angustiado, desanimado e sem esperança. Terminou o seu discurso, num tom de ironia, “ah, e pus a minha data de nascimento e talvez a data em que eu vá morrer” (sic). Naquele instante, o grupo dirigiu-lhe palavras de motivação e apoio. Era a primeira vez, que o Rafael falava sobre a morte, quer com os colegas, quer com os profissionais.

A Tânia, apresentou um desenho investido, um brasão constituído com alguns símbolos e objetos no seu interior, embora com uma dimensão reduzida, cerca de 10cmx10cm. Partilha com os colegas que desenhou uma seringa, porque ambiciona ser enfermeira, descreve que o boxe é o seu passatempo preferido e “é onde eu descarrego” (sic) e por esse motivo ilustrou um saco e luvas de boxe. Associa a viola ao seu gosto musical, um símbolo do teatro, porque “eu gosto muito, muito de fazer teatro” (sic) e um livro porque gosta muito de ler.

A Liliana, na sua criação artística projeta-se na totalidade da folha, com pontos de interrogação, inúmeras linhas que se cruzam e entre as mesmas, pessoas com diferentes estados emocionais. Partilha o seu lema de vida “*the sun will rise and we will try again*”, refere que as linhas, traços, os pontos de interrogação se encontram relacionados consigo, “à dúvida da pessoa de quem eu sou” (...) “ao ponto que eu cheguei” (sic). Menciona, suspirando, que o seu maior sucesso foi ter chegado a 2021. A pessoa que mais a inspira, é a irmã.

No final, para concluir a atividade, foi solicitada a avaliação a cada adolescente/adulto jovem, que foram verbalizando: “foi difícil, tocou em pontos frágeis para mim”, “desenhei coisas que eu gosto”, “foi bom” “relembrei-me de coisas que foram importantes para mim”, “foi uma boa atividade”, “nem por isso, não gosto muito de desenhar, e eu comparo-me muito com os outros” (sic). Foi possível promover uma viagem para dentro de si mesmos, comunicar com o outro, com a realidade e conhecer novas possibilidades de resposta perante os desafios. A realização da atividade expressiva, para além de fomentar a criatividade e espontaneidade, permitiu um maior autoconhecimento, a expressão da perceção do Eu e uma expressão emocional significativa. Consciente que o ato criativo não deverá ser imposto, que todos somos diferentes, fui capaz de respeitar o ritmo próprio de cada um. Mais tarde, ao refletir

sobre a experiência, percebi que já não era uma pessoa estranha para aqueles jovens e adolescentes, que já tinha sido estabelecida uma relação de aliança terapêutica.

## **2.2 Saúde Mental na Comunidade**

Interdependente da saúde física, a saúde mental é uma componente fundamental do bem-estar dos indivíduos. Apesar da sua importância no bem-estar dos indivíduos e as suas repercussões transversais na sociedade, a saúde mental, e em particular a sua promoção, não tem sido encarada como uma prioridade a nível das políticas de saúde e das comunidades (CNS, 2019).

Contudo, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) refere que na atualidade, um dos grandes focos nas políticas de saúde mental, compreende o desenvolvimento de serviços de saúde mental na comunidade. No anterior “Relatório de Primavera 2019: Saúde um direito humano”, é mencionado que os cuidados na comunidade promovem: a melhoria no acesso aos serviços; satisfação dos utentes, adesão ao regime terapêutico; diminuição do estigma; proteção dos direitos humanos. A prestação de cuidados de saúde mental na comunidade, proporcionam ainda uma intervenção precoce e reabilitação psicossocial, verificando-se uma cooperação integrada com os cuidados de saúde primários e serviços sociais (OPSS, 2019).

A UCC onde decorreu o estágio, tem como missão, contribuir para a melhoria do estado de saúde da população do concelho abrangente, assegurando a prestação de cuidados de saúde, apoio social e psicológico, às pessoas, famílias e grupos vulneráveis, em situação de maior risco e/ou dependência, atuando ao nível da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Intervém no âmbito domiciliário e comunitário, em articulação com parceiros e mobilizando os diferentes recursos da comunidade.

A UCC encontra-se sediada numa unidade funcional pertencente ao respetivo Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), e é composta por uma equipa multidisciplinar com o objetivo de dar resposta nas diferentes áreas de cuidados. Dispõe apenas de um EESMP, que no ano de 2012, desenvolveu o seu projeto de apoio à saúde mental na comunidade, inicialmente dirigido a idosos com demência e em risco de depressão.

As consultas de enfermagem de saúde mental são realizadas em contexto domiciliário. As pessoas acedem a estas consultas por referência dos profissionais

das diferentes unidades de saúde do concelho, de acordo com os critérios definidos pela equipa de EESMP do ACES.

O EESMP, integra alguns programas desenvolvidos por toda a equipa multidisciplinar da UCC, nomeadamente, o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) e a Equipa de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA), responsabilizando-se pelos cuidados de saúde mental. Reconhecendo a importância das parcerias na comunidade, mantém articulação com a psiquiatria comunitária do concelho, e participa ativamente em dois projetos da câmara.

O referido NACJR exerce a sua atividade nas freguesias do concelho, com autonomia organizativa e técnica, e em colaboração com as diferentes unidades. Atua na primeira linha de promoção e proteção das crianças e jovens em risco, e tem como finalidade identificar, sinalizar, acompanhar e encaminhar todas as situações em que exista a suspeita ou risco/perigo, ou ainda quando se verificam maus tratos ou negligência. No âmbito das suas funções, a EPVA contribui para a informação prestada à população e sensibilização dos profissionais de saúde, para a prevenção e combate da violência no ciclo de vida, nomeadamente nos casos de violência doméstica e violência de género. Semelhante à atuação da equipa do NACJR, a EPVA também exerce a sua atividade nas freguesias do concelho, prestando apoio de consultadoria aos profissionais, no que se refere ao acompanhamento, sinalização ou referenciação dos casos identificados para outros projetos e recursos comunitários.

### **2.2.2 O estágio em contexto comunitário**

A primeira dificuldade sentida, decorreu exatamente deste novo contexto de prestação de cuidados, na comunidade, é o enfermeiro que “invade” o espaço e privacidade da pessoa, e por esse motivo o primeiro contacto não pode ser muito ambicioso, pois poderá comprometer o desenvolvimento de qualquer relação de confiança e parceria.

Ao refletir sobre as experiências vivenciadas, fui confrontada com a necessidade de mudar o meu comportamento, muito caracterizado por uma atitude entusiástica em proceder a uma observação e avaliação inicial e conseqüente identificação de um diagnóstico de enfermagem. Foi importante integrar que todo o comportamento é comunicação e toda a comunicação afeta o comportamento. Tornou-se relevante desenvolver novas aprendizagens no âmbito da comunicação

terapêutica, destacando algumas técnicas de comunicação e atitudinais que adquiriram outra percepção neste contexto, nomeadamente a aceitação, escuta, o silêncio, o humor, a orientação, e anamnese associativa.

No entanto, talvez por me sentir “em casa” a nível profissional, o contexto comunitário trouxe-me algum conforto, por outro lado, o primeiro estágio proporcionou-me várias aprendizagens e gradualmente senti-me mais segura nas minhas intervenções. Um novo olhar para a pessoa, considerando a saúde/doença mental de uma enorme complexidade, se formos mais além da patologia e terapêutica.

Neste contexto, conheci pessoas com histórias e projetos de vida muito particulares, que não me fizeram desistir, mesmo saindo das suas casas com a sensação de não ter atingido o que tinha planeado, ou simplesmente considerar que o meu cuidado não tinha sido efetivo. Posteriormente, nos momentos de reflexão com o orientador clínico, compreendia que a minha presença, o meu interesse, aceitação e respeito por aquelas pessoas tinha sido importante. Mais tarde, quando voltava, os seus agradecimentos e sorrisos, demonstravam que algo teria feito. A relação terapêutica, constituiu-se uma ferramenta indispensável no cuidar do outro, uma interação que permitiu um crescimento e desenvolvimento para ambos.

As diversas referenciações realizadas pelos profissionais de saúde, proporcionaram a concretização de uma primeira avaliação, visando a identificação dos problemas e necessidades específicas da pessoa, no âmbito da saúde mental. Com recurso à entrevista e observação inicial, e em parceria com o orientador clínico, realizou-se a avaliação funcional da pessoa. Ao relacionar o estado físico com as características do seu estado mental, integrando os aspetos da interação social, permitiu-nos determinar se a pessoa era ou não portadora de um desequilíbrio sensível aos nossos cuidados.

Neste cenário, e especificamente no âmbito da temática central deste relatório, perante a suspeita de uma síndrome demencial, foi possível proceder à avaliação da função cognitiva de dois idosos. A aplicação do *MiniMental State Examination* permitiu a avaliação cognitiva do idoso, mas a história clínica, integrando as alterações observadas e a forma como decorreram pelo cuidador informal, foram cruciais no processo de diagnóstico. Foi ainda possível observar, que a depressão poderá estar associada à demência, o que dificulta o diagnóstico de ambas.

No contexto deste estágio, foram realizadas visitas domiciliárias a alguns cuidadores informais de idosos com síndrome demencial, com o propósito de proceder

à avaliação dos seus problemas e necessidades particulares, e posterior elaboração e implementação de um plano de cuidados efetivo. Face ao contexto de pandemia, não podendo realizar qualquer intervenção em grupo, procedeu-se à seleção de alguns cuidadores informais de idosos com síndrome demencial. Para tal, foi importante a consulta e recolha de dados sobre os cuidadores informais nos respetivos processos clínicos e partilha/discussão com o orientador clínico e outros elementos da equipa de enfermagem e equipa de medicina geral e familiar. As primeiras visitas domiciliárias realizadas, foram sustentadas pela observação e entrevista inicial, perspetivando o desenvolvimento de intervenções individualizadas em função do problema e contexto do cuidador informal.

As visitas domiciliárias, com uma duração de 60 a 90 min, semanal ou quinzenalmente, abordaram quatro famílias, das quais filhos ou cônjuges assumiram a tarefa de cuidar, numa fase inicial ou moderada da demência do seu familiar. Para avaliação de cada cuidador informal, e de acordo com a revisão bibliográfica, foram consideradas algumas variáveis para a sua caracterização, conforme tabela n.º 1.

**Tabela 1** – Caracterização dos cuidadores informais, no que se refere: idade, género, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, relação de parentesco, tempo de cuidador e ESC.

Cuidador Informal	Idade	Género	Estado civil	Habilitações Literárias	Situação profissional	Relação de Parentesco	Tempo de cuidador	ESC
Sr. Carlos	73	Masculino	Casado	1º ciclo	Reformado	Cônjuge	1 ano	48
Sra. Alice	68	Feminino	Casado	1º ciclo	Doméstica	Cônjuge	2 anos	46
Sr. José	71	Masculino	Casado	1º ciclo	Reformado	Cônjuge	1 ano	50
Sra. Ana	53	Feminino	Casado	3º ciclo	Doméstica	Filha	3 anos	65

No decurso das consultas de enfermagem em contexto domiciliário, com a finalidade de caracterizar o cuidado ao idoso com demência, assim como, identificação das necessidades particulares de cada cuidador informal, foram abordadas algumas questões relacionadas com: tempo de cuidador do idoso com demência; horas diárias de cuidado; relação anterior com o idoso com demência; formação ou experiência prévia como cuidador: apoio familiar ou social existentes;

gestão/resolução de problemas inesperados; eventos mais difíceis de gerir; percepção de acontecimentos menos bons.

Durante a evolução da entrevista clínica inicial, foi realizada a aplicação da ESC a cada cuidador informal, com o auxílio do orientador clínico. Perante a incompreensão de algumas questões, existiu a necessidade de adaptar a linguagem a cada cuidador, o que poderá ter levado a uma influência nas respostas obtidas. No entanto, no decurso da entrevista todos os cuidadores informais validaram situações de sobrecarga. A análise dos diferentes fatores da ESC em cada cuidador informal, permitiu uma melhor caracterização das suas necessidades.

Ao longo das diferentes visitas domiciliárias, ao contactar com os cuidadores informais, foi possível perceber que as suas necessidades se vão alterando à medida que a demência progride, e poderão estar influenciadas pelo significado que é atribuído ao “cuidar”, pelos apoios existentes, experiências prévias e pela própria personalidade do cuidador informal.

Numa fase inicial da demência, os cuidadores informais apresentam um défice de conhecimentos sobre as suas fases e características, os sintomas comportamentais e psicológicos associados e manifestam dificuldades na gestão da comunicação. No entanto, receber o diagnóstico de demência tem um enorme impacto na dinâmica familiar, e muitas vezes o estigma associado, favorece a ocultação de sintomas e o acesso/procura tardia dos serviços de saúde.

As principais necessidades manifestadas pelos cuidadores informais, foram agrupadas em três grupos principais, segundo revisão da literatura. Para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, foi utilizada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), conforme tabela n.º 2.

**Tabela 2 – Diagnósticos de enfermagem e necessidades do cuidador informal**

<b>Cuidador Informal</b>	<b>Diagnósticos de enfermagem (CIPE)</b>	<b>Necessidades relacionadas com o cuidador</b>	<b>Necessidades relacionadas com o exercício do papel de cuidador</b>	<b>Necessidades relacionadas com o contexto</b>
<b>Sr. Carlos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stress do cuidador</li> <li>• Papel de cuidador comprometido</li> <li>• Crise familiar</li> <li>• Risco de comportamento interativo comprometido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerir emoções e sentimentos associados ao processo de cuidar</li> <li>• Desenvolver estratégias de coping (para lidar com o stress) eficazes</li> <li>• Desenvolver estratégias para manter a saúde física e mental</li> </ul>	Adquirir conhecimento sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• a demência e as suas fases</li> <li>• alterações psicológicas e comportamentais associadas à demência</li> <li>• gestão da comunicação e comportamento</li> <li>• estratégias de estimulação geral da cognição</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerir relações familiares, sociais e laborais</li> <li>• Adaptar o ambiente às necessidades da pessoa</li> </ul>
<b>Sra. Alice</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stress do cuidador</li> <li>• Papel de cuidador comprometido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerir emoções e sentimentos associados ao processo de cuidar</li> <li>• Gerir expetativas e exigências associados ao processo de cuidar</li> <li>• Desenvolver estratégias para manter a saúde física e mental</li> </ul>	Adquirir conhecimento sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• estratégias de estimulação geral da cognição</li> <li>• alterações psicológicas e comportamentais associadas à demência</li> <li>• gestão da comunicação e comportamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerir relações familiares, sociais e laborais</li> </ul>
<b>Sr. José</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stress do cuidador</li> <li>• Papel de cuidador comprometido</li> <li>• Crise familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerir emoções e sentimentos associados ao processo de cuidar</li> <li>• Desenvolver estratégias para manter a saúde física e mental</li> <li>• Desenvolver estratégias de coping (para lidar com o stress) eficazes</li> <li>• Gerir expetativas e exigências associados ao processo de cuidar</li> </ul>	Adquirir conhecimento sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• demência e as suas fases</li> <li>• alterações psicológicas e comportamentais associadas à demência</li> <li>• gestão da comunicação e comportamento</li> <li>• estratégias adaptativas das atividades básicas e instrumentais de vida diária</li> <li>• estratégias de estimulação geral da cognição</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptar o ambiente às necessidades da pessoa</li> <li>• Gerir relações familiares, sociais e laborais</li> <li>• Conhecer recursos na comunidade</li> </ul>
<b>Sra. Ana</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stress do cuidador</li> <li>• Papel de cuidador comprometido</li> <li>• Crise Familiar</li> <li>• Ansiedade Moderada</li> <li>• Humor Depressivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerir emoções e sentimentos associados ao processo de cuidar</li> <li>• Gerir expetativas e exigências associados ao processo de cuidar</li> <li>• Desenvolver estratégias de coping (para lidar com o stress) eficazes</li> <li>• Desenvolver técnicas de resolução de conflitos e de tomada de decisão</li> <li>• Desenvolver estratégias para manter a saúde física e mental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adquirir competências práticas para a execução dos cuidados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerir relações familiares, sociais e laborais</li> <li>• Conhecer recursos na comunidade</li> </ul>

Durante as visitas domiciliares, o programa psicoeducativo “(Es)Tar com a Demência”, constituiu-se como guia de intervenção, numa abordagem exclusivamente individualizada e adaptando as intervenções ao contexto e experiências de cada cuidador informal. Com alguns cuidadores informais, foram importantes o apoio emocional, o relaxamento muscular, o uso de mediadores expressivos e o aconselhamento, visando neste último, a promoção da sua participação em atividades gratificantes e identificação de estratégias redutoras de *stress*.

Seguidamente, encontram-se descritas breves sínteses das visitas domiciliares realizadas, evidenciando as necessidades, intervenções terapêuticas desenvolvidas e evolução da relação terapêutica com os cuidadores informais. Por último, uma descrição mais detalhada da cuidadora Sra. Ana, com um mal-estar emocional persistente, tendo assumido uma dedicação intensa, semelhante a um compromisso, “até que a morte no separe”.

Na última visita domiciliar realizada com cada cuidador, e face ao curto período preconizado para o ensino clínico, valorizou-se o desenvolvimento das intervenções terapêuticas, pelo que não foi possível proceder à aplicação da ESC para avaliação final. Porém, perante as intervenções realizadas, todos os cuidadores informais verbalizaram terem sido importantes para a gestão de cuidados, que as diferentes aprendizagens e vivências proporcionaram uma maior segurança no papel desempenhado.

#### Sr. Carlos

O Sr. Carlos, era cuidador informal da sua esposa, a Sra. Antónia, ainda numa fase inicial da demência. Durante a primeira consulta de enfermagem manteve uma postura tensa, referindo que a esposa não estava a cumprir a terapêutica prescrita pela Neurologia, e acrescentou “com a idade, esquecemo-nos das coisas” (sic). Aparentemente num período de negação e procurando minimizar as suas preocupações. Por norma, aceitar a nova realidade, é um processo construído gradualmente, sendo necessária convivência com a nova situação e adaptações graduais. A aquisição de conhecimentos sobre o processo demencial e tratamento farmacológico, ao longo das consultas de enfermagem, permitiram a adesão ao regime terapêutico e maior adaptação às alterações comportamentais da esposa.

Pontualmente, a esposa repetia a descrição de um mesmo acontecimento, e o Sr. Carlos franzia as sobrancelhas, suspirava e mantinha o olhar para o chão,

aparentemente com vergonha do comportamento da esposa. Este cuidador informal, o Sr. Carlos, embora reconhecesse que o isolamento social proporcionou um maior comprometimento cognitivo da esposa, partilhou “é melhor assim, há dias que não podemos sair” (sic). Anterior à Pandemia por Covid-19, a Sra. Antónia mantinha as suas rotinas com algumas vizinhas, caminhadas diárias e idas ao café, com esta alteração e segundo informação do marido, apresentava um vocabulário mais pobre e maior dificuldade em acompanhar as conversas. As perguntas repetitivas da esposa eram frequentes, apresentava-se zangado, vivenciando um misto de sentimentos e emoções, e sem estratégias para essa gestão.

As intervenções psicoeducativas e de aconselhamento, permitiram que o Sr. Carlos fosse adaptando algumas rotinas diárias, integrando atividades favorecedoras de estimulação de memória, orientação no tempo e espaço, e aquisição de estratégias de comunicação, nomeadamente perante as perguntas repetitivas, associando-as à doença e não à sua esposa.

A relação terapêutica estabelecida com o Sr. Carlos, favoreceu a expressão de alguns sentimentos, verbalizando tristeza perante a perda da esposa, perda da pessoa e do relacionamento que tivera. O futuro desconhecido assustava-o, inseguro, desejava partilhar o cuidado, “se pudesse passar para as minhas filhas” (sic). Este cuidador, apesar de todas as suas dificuldades, manteve uma preocupação e envolvimento no cuidado da sua esposa, e esse papel foi valorizado. Compreendendo que para cuidar da esposa teria que cuidar de si, foi promovendo alguns momentos para si, integrando o suporte familiar das filhas, após a tomada de decisão de solicitar ajuda. Foi possível favorecer o desenvolvimento de algumas estratégias para manter a sua saúde física e mental, assim como, para a gestão das suas relações familiares.

### Sra. Alice

A Sra. Alice era cuidadora do marido, o Sr. João, que se encontrava numa fase moderada da doença, necessitando de supervisão nas suas AVD. Esta cuidadora, já com experiência prévia no cuidar, embora noutras áreas, partilhou as suas vivências manifestando um sentimento de realização. Tinha alguns conhecimentos sobre estratégias adaptativas nas AVD, o processo demencial e de uma forma singular realizou algumas alterações na comunicação com o marido.

Disponha de suporte dos filhos, mas por vezes recusava esse mesmo apoio “ele é meu marido, tenho que cuidar dele” (...) “foi o grande amor da minha vida” (sic).

Recusa ainda o apoio por história anterior de desadaptação, “sempre que vai para casa dos filhos fica pior”. Reconhece que a perda de referências, agravam a funcionalidade e autonomia do marido.

Apresentava algumas estratégias de superação, partilhou que sempre gostou do mar, e sempre que lhe é possível faz a sua caminhada à beira-mar. Contudo, quando foram abordadas as suas expectativas, o que esperava para o seu futuro e para o do marido, focou-se na perda, adotando uma expressão emocional de tristeza. A escuta ativa favoreceu a partilha dos vários planos idealizados pelos dois, e no final agradeceu, considerando o momento gratificante e reconhecendo a importância de manter atividades que a preenchem.

Com esta cuidadora, uma vez que o Sr. João se apresentava mais introvertido, com perda de interesse por algumas atividades que gostava, como forma de estimulação da memória optou-se pela terapia por reminiscências. Ambos vivenciaram uma experiência positiva, revivendo conquistas e momentos agradáveis do passado. Quando o Sr. João não conseguia recordar ou verbalizar por falta de palavras, mantinha o olhar na esposa, identificando-a como a sua pessoa de referência. Após a sua resposta, sorria e cantarolava “oh tempo, volta para trás” (sic).

Esta cuidadora, por desconhecimento não realizava o treino/estimulação cognitiva, no entanto, algumas atividades passaram a fazer parte do seu dia-a-dia, não só para cuidar do marido, mas porque naqueles momentos viviam experiências significativas das suas vidas.

### Sr. José

O Sr. José assumira anteriormente o papel de cuidador familiar da sua sogra, e para tal foi obrigado a reformar-se antecipadamente, aos 61 anos de idade. Há cerca de um ano, cuida da esposa, a Sra. Joana, que se encontra numa fase inicial do processo demencial, apresentando alteração da memória recente, um vocabulário mais pobre, alterações na rotina do sono e uma perda de interesse de todas as atividades. Contudo, face à doença de Parkinson, com rigidez muscular, movimentos mais lentos e desequilíbrio, necessitava de ajuda parcial nas suas AVD. Este cuidador, por conhecimento da possibilidade de beneficiar um período de descanso, recentemente tinha solicitado esse pedido à sua médica de família, aparentemente por cansaço físico. Reconhecia algumas alterações associadas à demência, mas a

sua dificuldade residia na necessidade de adquirir estratégias para assistir as AVD da esposa.

Todas as visitas domiciliares, e respectivas intervenções psicoterapêuticas foram desenvolvidas na presença de ambos, o que se tornou um desafio, sentido por vezes algum receio da minha comunicação verbal e não verbal incongruente, e possíveis fenômenos de transferência e contratransferência. No entanto, foram valorizados os interesses, necessidades de cada um, ocorrendo mesmo um acordo familiar entre ambos. A Sra. Joana, reconheceu as suas dificuldades de atenção, memória recente e raciocínio, e a importância de desenvolver atividades de estimulação cognitiva. O cuidador após a exposição do tema, sugere algumas ideias, “vamos falar sobre os programas de televisão que tu gostas (...) dos jogadores antigos do futebol (...) o nosso álbum do casamento (...) um quadro na parede para os recados” (sic). Conseguiram discutir estratégias para a realização das AVD em função das limitações da Sra. Joana, estipulando algumas rotinas favorecedoras da orientação para a realidade. Ao longo das visitas domiciliares, a Sra. Joana foi verbalizando uma maior motivação para algumas atividades referindo “não me sinto tão cansada” (sic).

O Sr. José tinha adotado uma atitude de dedicação intensa, e perante o sofrimento da esposa sentia a responsabilidade de assumir todas as tarefas. Tem uma filha que vive distante, e não a quer incomodar, “ela tem a vida dela” (sic). Quando questionado se dispunha de tempo para si, recorda-se dos convívios com os colegas da guerra do ultramar, do gosto pelas bicicletas, das caminhadas que realizava e de outros momentos de lazer com os amigos. Foi necessário modificar algumas crenças e pensamentos disfuncionais relacionados com o cuidar, reforçar o papel desempenhado, favorecendo o reconhecimento da importância de desenvolver estratégias de  *coping*  adaptativas. Começou a realizar caminhadas diárias de 30 minutos, percebendo que esse tempo não estava a ser subtraído à atividade de cuidar. Nas duas últimas consultas de enfermagem, foi possível observar um fôlego mais expressivo.

Embora já tivesse solicitado o pedido de descanso, foram abordados outros recursos da comunidade, e aspetos legais, tais como a importância de assumir a função de procurador da Sra. Joana para cuidados de saúde.

### Sra. Ana

A Sra. Ana cuidava do pai que se encontrava diagnosticado com uma síndrome demencial há cerca de três anos, já totalmente dependente nas suas AVD. O seu marido encontrava-se emigrado, mas mantinha contacto regular com os dois filhos apesar de já terem constituído a sua própria família. No passado também assumira o papel de cuidadora com a sua mãe. Após a crescente dependência do pai, o Sr. Abel, tinham sido realizadas algumas visitas domiciliárias pelos enfermeiros de cuidados gerais, proporcionando assistência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária. Para além da referenciação pela equipa de enfermagem de cuidados continuados, também o cunhado da Sra. Ana, tinha solicitado recentemente um pedido de ajuda no centro de saúde, partilhando algumas vivências sugestivas da sua sobrecarga.

Na primeira visita domiciliária, foi estabelecido o contacto com a cuidadora, informada sobre o propósito da visita e manifestada disponibilidade e interesse pela mesma. No entanto, inquieta em conseguir estabelecer um cuidado efetivo, recordei que seria importante criar condições facilitadoras para a partilha, e por um curto período de tempo, perdendo a escuta ativa, revivi algumas intervenções possíveis a realizar com o cuidador informal. Posteriormente, focada na interação, suprimindo as minhas distrações e preocupações pessoais e integrando a importância de reavaliar as necessidades, dificuldades e eventualmente, a sobrecarga desta cuidadora familiar, foram privilegiadas as questões abertas relacionadas com os temas que a preocupam.

Quando questionada sobre as suas dificuldades, partilhou informação sobre o estado de saúde do pai, descrevendo os seus cuidados com a alimentação uma vez que o mesmo apresentava uma sonda nasogástrica. Sentiu ainda necessidade de validar a sua intervenção/decisão perante o aparecimento de algumas lesões cutâneas na região nadequeira.

Durante a descrição dos cuidados que tem realizado ao seu pai, a Sra. Ana partilhou que tem recebido algum apoio da sua irmã, e assumindo a sua total dedicação, referiu que muitas vezes a irmã lhe transmite que nem tudo poderá ser controlável e que seria importante que realizasse outras atividades. Contudo, a Sra. Ana mencionou “eu não consigo ser assim” (sic). Demonstrava dificuldades na sua autoaceitação e autolimitação, falta de confiança em si e aparentemente tinha

desenvolvido uma percepção negativa sobre o seu mérito e capacidades, enquanto cuidadora familiar.

Senti que seria relevante, e mantendo a continuidade da entrevista, encorajar a Sra. Ana a identificar os seus pontos fortes, assim como, a reconhecer as reações positivas dos outros. Já anteriormente tinham sido efetuados reforços positivos às suas tomadas de decisões, no entanto, ganharam especial destaque, interesse e um carácter terapêutico.

Encorajando a expressão de sentimentos e emoções questionei, “*como se tem sentido ultimamente?*”. Em resposta a cuidadora aborda o tema do sono, partilhando a dificuldade em descansar e a renitência à toma da terapêutica que se encontra associada à necessidade de manter um sono leve para que consiga ouvir o seu pai facilmente. No contexto da sua terapêutica descreveu, “tenho medo de tomar mais e não acordar logo (...) durante a noite ouço as vozes, as preocupações” (sic). Manteve um discurso espontâneo, e referindo-se à terapêutica prescrita em SOS verbalizou “apenas tomo este quando acordo mais agitada” (sic). Durante o seu discurso foi observável um aumento da gesticulação dos braços, revelando a sua inquietação e angústia.

Valorizando as suas emoções, o seu elevado nível de sofrimento psicológico e a necessidade de apoio emocional, referi “*é importante que cuide de si*”. Rapidamente, descreveu o seu estado de anedonia, “tenho estado por casa (...) devia ir fazer umas caminhadas, mas não tenho vontade (...) antes até gostava de fazer palavras cruzadas (...) costurar (...) mantenho-me no sofá” (sic), manifestando uma expressão facial de tristeza.

Neste contexto, procurando que a própria cuidadora identificasse algumas estratégias, questionei “*tem tido apoio de alguém?*”, embora já tivesse verbalizado o apoio da irmã. Pela primeira vez, falou sobre as vivências com o filho e com o neto, os seus olhos ficaram vermelhos e sorriu gentilmente, revelando que se tornavam momentos gratificantes. Neste cenário, reforcei a importância desses acontecimentos, que lhe parecem trazer momentos de alegria. Contudo, a Sra. Ana valorizou essa experiência como positiva, mas o seu discurso manteve-se na incapacidade em iniciar qualquer atividade recreativa, referiu que durante a noite se recorda do que poderá fazer, mas não consegue concretizar durante o dia.

Considero que ao longo desta primeira intervenção não foram realizados juízos de valor ou quaisquer críticas, adotei uma atitude atenta e interessada, mas perante

esta situação lembro-me de interromper o seu discurso e sugerir que seria significativo que pelo menos tentasse iniciar uma das atividades. Recordando o conceito de contratransferência, houve em mim uma preocupação intensa e simultaneamente uma dificuldade em compreender os motivos da cuidadora para a não adesão.

Apesar deste aspeto negativo, no final a Sra. Ana agradeceu a visita e verbalizou que “foi muito bom falar com vocês” (sic). Acredito que durante a entrevista foi proporcionado um diálogo, onde a cuidadora se sentiu compreendida e à vontade, permitindo dar início ao desenvolvimento de uma relação de confiança. Senti que a partilha dos seus problemas com os enfermeiros, tornou-se por si só, como um elemento terapêutico.

Numa fase exploratória tornou-se relevante primeiramente promover um maior autoconhecimento, explorar as transformações pessoais associadas ao papel de cuidadora, assim como, possíveis crenças e pensamentos disfuncionais relacionados com o cuidado. O foco de atenção dos enfermeiros corresponde ao cuidador informal, e atendendo aos objetivos foram planeadas duas atividades terapêuticas: elaboração de uma narrativa sobre a sua experiência no papel de cuidadora (a realizar individualmente durante a semana) e ainda a técnica da *t-shirt* (“eu, antes de ser cuidadora” – verso do desenho da *t-shirt* e “eu, depois de ser cuidadora – frente do desenho da *t-shirt*).

Adotando uma atitude de interesse, respeito e aceitação, inicialmente questionei a cuidadora sobre como se sentiu durante os últimos dias. A Sra. Ana verbalizou que tinha estado na presença do neto, partilhou algumas vivências com o mesmo, e por fim expressou o seu contentamento e reconheceu que se manteve distraída. Durante o seu relato, foi possível observar o seu sorriso e brilho nos olhos.

Quando abordada a temática do sono e a gestão do regime medicamentoso, a Sra. Ana referiu que o sono tem sido mais reparador, porém menciona “é estranho, mas tenho sonhado muito vezes com a minha mãe” (sic). A mãe da cuidadora terá falecido há cerca de quatro anos. Neste contexto, o silêncio permitiu dar tempo à cuidadora para a partilha das suas emoções e sentimentos sobre este assunto. Descreveu o seu papel de cuidadora com a mãe durante o período de cinco anos, abordou o apoio existente da sua rede familiar e focou-se nos últimos dias de vida da mãe, integrando decisões pessoais realizadas. Com uma expressão facial triste, referiu “não sei se foi o mais correto levá-la para o hospital, foi tudo tão rápido” (sic). Mais uma vez manifestou falta de confiança em si e nas suas capacidades. Foram

surgindo várias questões após o seu discurso, aparentemente com medo e preocupação perante a possibilidade de uma nova perda. *Como encara a perspectiva da morte do pai? Quais eram os seus objetivos depois de ser cuidadora? Qual o seu projeto de vida?*

Antes de sugerir as intervenções terapêuticas, e adotando uma atitude empática, primeiramente falei sobre o papel do cuidador familiar, o ato de cuidar, as implicações genéricas inerentes a este papel e ainda as emoções e sentimentos que por vezes poderão tornar-se contraditórios. Quando pronunciei a palavra raiva, verbalizou “apenas tenho raiva do meu irmão” (sic), e mais uma vez o silêncio favoreceu a introspeção e o contacto com as suas emoções. Relatou alguns acontecimentos vivenciados com o irmão, partilhando a sua infelicidade por o mesmo não estar presente e não manifestar qualquer interesse pelo estado de saúde do pai. A Sra. Ana é a filha mais nova de uma fratria de quatro irmãos. A mãe da Sra. Ana era apenas sua mãe e do irmão que referiu. Contudo, partilhou que os irmãos mais velhos estiveram presentes e apoiaram nos cuidados à sua mãe.

Posteriormente, propus a realização da atividade da *t-shirt*, explicando o seu objetivo e conceito. Informei que poderia escrever, recorrer a palavras soltas ou até mesmo a desenhos e símbolos, efetuando um reforço positivo sobre o papel do cuidador familiar. Olhou diversas vezes para o papel, foi remexendo o lápis, apresentou-se com uma atitude reflexiva, acabando por verbalizar “eu não consigo mesmo” (sic). Ainda foi colocando algumas questões sobre alternativas da sua realização, as quais fui clarificando com respeito. Considerei que não seria oportuno insistir, valorizei o seu esforço pessoal e referi que poderia realizá-la durante os próximos dias. Mantendo uma abordagem não diretiva, centrada na cuidadora, abordei a possibilidade da elaboração de uma narrativa sobre a sua experiência no papel de cuidadora familiar, podendo apresentar as suas implicações nos vários domínios de vida. No final, orientando a Sra. Ana. sobre a importância da sua participação ativa neste processo, a mesma mostrou-se acessível para posterior concretização das atividades terapêuticas.

Embora a intervenção terapêutica não tenha sido efetiva naquele momento, os mediadores expressivos como o desenho e a escrita, podem desencadear o acesso a pensamentos, vivências e sentimentos recalcados, promovendo dessa forma a expressão emocional e o desenvolvimento do seu autoconhecimento.

No entanto, foi possível perceber o medo da cuidadora que poderia estar associado aos seus momentos de maior angústia, tristeza e ansiedade. Com o relato da Sra. Ana sobre a raiva sentida pelo irmão, verificou-se a presença de um ambiente tenso, uma comunicação familiar ineficaz, e especificamente a cuidadora demonstrou um descontrole emocional e uma incapacidade para reconhecer outros recursos internos. A Sra. Ana foi partilhando o apoio proporcionado pela irmã, contudo aparenta não reconhecer essa fonte de suporte, existindo uma enorme dedicação e envolvimento da sua parte. Contrariamente à situação anterior, manifestou uma maior consciencialização da importância de valorizar a sua saúde física e mental.

Na visita domiciliar posterior, a Sra. Ana apresentou-se sorridente na presença do neto, e inicialmente partilhou alguns dos seus momentos interativos e novas aprendizagens. No entanto, sentiu necessidade de validar os cuidados que tem prestado ao pai, mantinha-se insegura no papel desempenhado, referindo “tenho medo de falhar” (sic), não valorizando as suas capacidades e competências.

Espontaneamente, referiu que não conseguiu realizar a narrativa, e apresentou a sua *t-shirt*, apenas com palavras soltas. No verso da *t-shirt*, escreveu “segurança, família e felicidade”, referindo-se à sua condição antes de assumir o papel de cuidadora. Atualmente, enquanto cuidadora informal, escreveu “insegurança, medo, solidão, tristeza”. O silêncio permitiu a partilha desta experiência, mencionou que tem saudades do marido, que a presença dele lhe traz segurança, e que face ao contexto de pandemia não tem estado tão presente. Recordou os momentos de convívio com a família, os almoços, as partilhas que tinha com a irmã e a rotina que tinha com os filhos até à saída dos mesmos. O seu marido estava emigrado há dez anos, e o seu filho mais novo, o último a sair de casa, há cerca de dois anos, aumentando os seus momentos de solidão.

Reconheceu a importância de realizar atividades que a preencham, mas “a sopa de letras, irrita-me (...) as novelas (...) até os senhores das obras me irritam” (sic). Neste contexto, a Sra. Ana foi incentivada a recorrer a alguns exercícios respiratórios, como forma de relaxamento e alívio do *stress*. Foi possível realizar um exercício, e quando questionada sobre a experiência mencionou “foi agradável” (sic). Visivelmente mais feliz na presença do neto, o reforço do papel desempenhado não só enquanto cuidadora do pai, mas mãe e avó, levou-a a sorrir e a agradecer.

Na última visita domiciliar, o Sr. Abel tinha falecido há uma semana, após um quadro de infeção respiratória. A Sra. Ana durante o processo, solicitou primeiramente

apoio dos cuidados continuados, tendo sido realizada uma visita domiciliária em conjunto pela médica de família e enfermeiro de cuidados gerais, para avaliação clínica do estado geral do pai. Mais tarde, perante o agravamento do estado de saúde do pai, e reconhecendo a sua limitação nos cuidados, encaminhou para os serviços de urgência. A Sra. Ana foi incentivada a falar sobre esta experiência, e partilhou connosco todos os momentos até ao falecimento do pai, em que esteve presente.

Naquele dia verbalizou, “foi melhor assim” (sic), contrariamente à morte da mãe, aceitou a sua tomada de decisão. Recordou os cuidados que prestou ao pai, reconhecendo o valor do papel desempenhado, com sentimentos de autovalorização. Referiu que durante a noite continua a ouvir a respiração do pai, mas que se sente confortável com isso. Abordou o futuro e algumas estratégias já delineadas, os primeiros dias seriam na presença de um dos filhos e provavelmente iria emigrar, acompanhando o marido.

Neste contexto, diversas vezes senti um nó na garganta, inquieta com receio de algumas verbalizações possíveis desta cuidadora, no entanto, a empatia, o meu interesse e escuta ativa possibilitaram a expressão dos seus sentimentos e emoções.

Em reflexão com o orientador clínico, compreendi que esta experiência de perda não será vivenciada da mesma forma, como a da mãe, o cuidado prestado pelos enfermeiros anteriormente tornou-se significativo, permitindo uma preparação para o fim de vida.

### **3. O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

De acordo com o regulamento nº 356/2015, a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, “foca-se na promoção da saúde mental e do bem-estar, na identificação dos riscos para a saúde mental, na prevenção da doença mental, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental, no tratamento e reabilitação de pessoas com doença mental” (OE, 2015, p.17035).

Ao EESMP, são-lhe reconhecidas quatro competências específicas, que-lhe permitem desenvolver uma prática clínica em enfermagem diferenciada, um juízo clínico singular, compreendendo os processos de sofrimento, alteração e doença mental da pessoa, os constrangimentos no seu projeto de vida e potencial de recuperação e ainda o modo como os fatores contextuais poderão lesar a saúde mental (OE, 2018).

As múltiplas vivências e experiências em ambos os contextos de prática clínica, permitiram-me o desenvolvimento das referidas competências do EESMP. Um pensamento reflexivo sobre o processo de formação realizado, que culmina na transformação do Eu no cuidado ao Outro.

#### **3.1 Aprender a ser especialista em enfermagem de saúde mental**

Sem experiência em saúde mental, o contexto de estágio hospitalar e o contacto com adolescentes e jovens adultos com alguns comportamentos disruptivos, correspondeu à maior dificuldade sentida, contudo promotora do meu autoconhecimento. As incongruências da minha comunicação verbal e não verbal estiveram presentes, fui tomando consciência da minha irritabilidade, medo e surpresa perante esses comportamentos. Muito influenciada pelo conceito de que os jovens internados “eram maus” ou “se portavam mal”, subestimando o seu sofrimento. Mesmo reconhecendo a importância de contrariar o estigma associado às pessoas com doença mental, fui confrontada com o desenvolvimento de um preconceito e estereótipo perante os jovens que apresentavam diferentes orientações sexuais e disforia de género. Recordando a primeira competência específica do EESMP, “detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê

de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”, foi um enorme desafio, um novo processo de autoconhecimento e autoconsciência, procurando “*conhecer-me a mim mesma*” (OE, 2018, p. 21427).

E porque o desenvolvimento pessoal e profissional é um processo contínuo, transformável e influenciável, foram exatamente as diferentes intervenções duais e em grupo desenvolvidas, que me permitiram acolher o sofrimento do outro, compreender as suas diferenças e formas de pedido de ajuda. No decurso das entrevistas realizadas, fui reconhecendo alguns fenómenos de transferência e contratransferência, questionando-me sobre as minhas emoções e comportamentos. Foi possível identificar as minhas respostas emocionais intensas perante o sofrimento da pessoa, assumindo algumas vezes um cuidado protetor e paternalista. Por outro lado, a análise e interpretação, das minhas contratransferências face aos comportamentos disruptivos, permitiram-me aceder e compreender os diferentes pedidos de ajuda.

Foi uma evolução positiva este “*dar-me conta de mim*”, deixando para trás a prestação de cuidados de enfermagem rotinizados, sem a sensibilidade e preocupação em compreender os meus estados internos e como isso afeta a relação com o outro. Paralelamente, aprendi a ver o outro como um ser único, e não simplesmente como “uma doença” ou um “número de cama”. Aceitar a singularidade e diferença nos outros, tornou-se uma aprendizagem significativa, passando a particularidade de cada pessoa a ditar as minhas adaptações nas intervenções terapêuticas. Esta aprendizagem, permitiu-me reconhecer que a pessoa com doença mental é detentora de capacidades internas, e que o uso consciente de mim, poderá constituir-se o meio para que a pessoa consiga identificar e mobilizar os seus recursos pessoais para a resolução dos seus problemas.

Progressivamente, fui desenvolvendo um cuidado centrado na pessoa, sem a formulação de preconceitos, com respeito pelos seus valores, preferências, e desta forma, o desenvolvimento de relações terapêuticas. Especificamente com a pessoa idosa com síndrome demencial, foi importante manter o respeito pela sua dignidade, pela preferência ou tomada de decisão, procurando conservar a sua autonomia.

Considerando a segunda competência do EESMP, “assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”, o contexto comunitário constituiu-se o maior propulsor para a sua aquisição, concorrendo a realização de várias atividades, com destaque as intervenções de

suporte aos cuidadores (OE, 2018, p. 21427). As parcerias comunitárias foram indispensáveis, mantendo-se ativas no plano de cuidados a desenvolver com a pessoa com doença mental, ao cooperarem na promoção da sua funcionalidade e autonomia, possibilitando o aumento e manutenção das suas competências e capacidades, favorecendo a sua inclusão social e conseqüentemente promovendo a sua qualidade de vida e bem-estar.

No contexto comunitário, e uma vez que a tendência atual sugere a manutenção do idoso com síndrome demencial no seu domicílio, tornou-se pertinente a concretização de uma formação dirigida à restante equipa multidisciplinar, abordando a temática “Comunicação na Pessoa com Demência” (consultar Apêndice 5). A perda de competências de comunicação pode ser um dos problemas mais frustrantes e difíceis para as pessoas com demência, para as famílias e cuidadores. Após as várias visitas domiciliárias realizadas, vivenciando esta dificuldade, considerei ser relevante para os profissionais, promover a aquisição de estratégias de gestão da comunicação na pessoa com demência.

Na terceira competência, o EESMP “ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto” (OE, 2018, p. 21427). A elaboração de dois estudos de caso, constituíram-se momentos de reflexão e análise, onde foram mobilizados os instrumentos específicos de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, acerca do processo de planeamento de cuidados globais e personalizados à pessoa com doença mental. Embora realizados em contextos diferentes de ensino clínico, permitiram desenvolver e implementar um plano de cuidados individualizado em saúde mental, tendo por base diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.

No âmbito, do NACJR e EPVA, assumindo uma observação participante, foi possível proceder à identificação das necessidades e problemas específicos da criança, adulto, família, cuidador, assim como, a avaliação das implicações na saúde mental dos diferentes fatores de *stress*, crises situacionais ou mesmo de desenvolvimento, no contexto familiar. A experiência e juízo clínico singular do EESMP, permitiram avaliar o comprometimento do desenvolvimento psicossocial da criança/jovem em risco, bem como os fatores promotores e predisponentes envolvidos. Em alguns casos clínicos, com necessidade de articulação com os parceiros comunitários, perspetivando o desenvolvimento de competências parentais,

e noutras situações, a comunicação do processo à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ). Foi ainda possível avaliar as necessidades e problemas específicos da vítima, identificando os efeitos da violência física e/ou psicológica na sua saúde mental, tais como: baixa autoestima, depressão, perturbações do sono, perturbações da ansiedade, abuso de substâncias, perturbações psicossomáticas, entre outras.

Neste contexto, ao refletir sobre as várias experiências vivenciadas, foi importante integrar uma ética profissional e o código deontológico, há que garantir o respeito pela dignidade humana e assegurar a proteção dos direitos fundamentais, atendendo à situação de vulnerabilidade, estigmatização e incapacidade. Somos todos iguais em direitos e dignidade, mas na prática é necessário compreender as desigualdades e capacitação individual.

Relativamente à quarta competência, o EESMP “presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida (...), de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (OE, 2018, p. 21427). A oportunidade de concretização dos ensinamentos clínicos, não só em diferentes contextos, mas orientados para a assistência da pessoa em diferentes fases do ciclo de vida, favoreceram a prestação de uma ampla variedade de cuidados psicoterapêuticos, conforme já retratado ao longo deste relatório. Tal como referido por Hildegard E. Peplau, as diferentes interações com a pessoa com doença mental, fomentaram a relação terapêutica, e proporcionaram um crescimento e desenvolvimento para ambos ao longo das diferentes fases. No decurso desta experiência clínica, foi motivador perceber a assunção dos diferentes papéis de enfermagem, descritos pela teoria de Peplau, na relação interpessoal, salientado o papel de “professor, líder, conselheiro e especialista técnico”.

As intervenções terapêuticas desenvolvidas em grupo, constituíram-se um desafio pessoal e profissional, contudo promotoras do desenvolvimento de competências nos processos de grupo. Foi possível conhecer o potencial de um grupo terapêutico, onde a partilha entre os elementos promove uma aprendizagem e descoberta mútua e conseqüentemente, o aumento do *insight* da pessoa, elaboração de novas causas para o seu problema e novas estratégias de resolução. Do mesmo modo, o recurso a mediadores expressivos, assumiram um potencial terapêutico singular, permitindo libertar tensões emocionais, mas também vivenciar experiências gratificantes. A descoberta de uma nova forma de expressão, que mesmo perante

alguns receios na sua utilização, fomentaram na primeira pessoa um processo introspectivo e de autoconhecimento.

A relação terapêutica constituiu-se a essência de todo o projeto desenvolvido com os cuidadores informais, mais do que uma simples relação de ajuda ou partilha de informação. A minha presença, escuta ativa, aceitação do seu sofrimento, disponibilidade e dedicação, foram importantes para a relação singular estabelecida com cada cuidador informal, que grande parte do tempo se encontravam sozinhos. Tornou-se importante um cuidado centrado na família, onde “comunicar cuidando” proporcionou o desenvolvimento das intervenções psicoterapêuticas de forma efetiva.

As reflexões críticas desenvolvidas ao longo dos estágios, com recurso ao ciclo reflexivo de Gibbs, permitiram uma melhor perceção das minhas dificuldades, a necessidade de proceder a uma revisão da literatura que me permitisse a aquisição de novos conhecimentos, e conseqüentemente a prestação de cuidados efetivos com os jovens, cuidadores informais e pessoa idosa com síndrome demencial. Ao longo deste percurso, foi importante integrar uma prática baseada na evidência, mas o cuidado centrado na pessoa, um cuidado não prescritivo, mas sim negociado, valorizando as suas preferências, levaram-me a integrar um novo conceito, uma prática informada pela evidência.

Gostaria ainda de referir a mudança provocada, associada ao “pensamento reflexivo”, sendo integrado a nível pessoal e profissional de outra forma, com outra expressividade, com outro significado, com outra relevância (...) mesmo perante os mais variados algoritmos, modelos, programas de atuação (...) é preciso, usar os conhecimentos, saber julgar e refletir. Para além dos conhecimentos teóricos e sua aplicação na prática, foi importante desenvolver o meu saber ser e saber estar, tanto comigo como na relação com a pessoa, pois são estes aspetos que na sua essência, se constituem os alicerces da relação terapêutica, relação essa indispensável para o EESMP.

As diversas experiências vivenciadas ao longo deste percurso, confluíram para o alcance dos objetivos propostos neste relatório de estágio, para a aquisição e desenvolvimento das competências específicas do EESMP, assim como, para um crescimento pessoal e profissional.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Perante as medidas impostas para controlo da Pandemia de Covid-19, foi-me proporcionado um local de estágio a nível hospitalar, cujas suas características não me possibilitaram desenvolver o projeto inicialmente definido. No entanto, permitiu diversificar as minhas aprendizagens, obter um maior conhecimento e compreensão do sofrimento mental dos adolescentes/jovens adultos e o desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas promotoras da relação terapêutica estabelecida. As atividades terapêuticas desenvolvidas com os jovens, proporcionaram o desenvolvimento de competências sociais, melhoria da expressão e gestão de emoções, promoção do autoconceito, melhoria da autoestima, promoção do bem-estar e alívio do sofrimento psicológico.

As necessidades particulares de cada cuidador informal, foram de encontro às necessidades evidenciadas na revisão da literatura, e embora comuns em alguns cuidadores, a mesma necessidade é percebida e vivenciada de maneira diferente. A identificação das necessidades dos cuidadores informais da pessoa idosa com síndrome demencial, permitiu a adequação das intervenções terapêuticas, respeitando as suas expectativas para o futuro e projetos de vida. Face aos constrangimentos provocados pela pandemia, mas também ao período de tempo preconizado para estágio, não se tornou possível a realização de intervenções psicoeducativas em grupo. Porém, a adaptação dos programas psicoeducativos às necessidades individuais de cada cuidador informal, permitiu a aquisição de conhecimentos e capacidades para cuidar, diminuição de pensamentos e sentimentos disfuncionais, a aquisição de estratégias de *coping* e melhoria do bem-estar do cuidador.

As diferentes intervenções psicoterapêuticas realizadas com os cuidadores informais, reforçam a premissa apontada pelos diferentes estudos, o seu desenvolvimento permitiu uma melhoria na sua qualidade de vida, e consequentemente, melhoria dos cuidados prestados à pessoa idosa com síndrome demencial.

O melhor local para a pessoa idosa com síndrome demencial será onde possam ser prestados cuidados com qualidade e eficazes. Com a família, o idoso recebe os cuidados necessários para se sentir bem física e emocionalmente. Ao permanecer no domicílio, mantém as referências adquiridas ao longo da vida,

transmitindo uma maior tranquilidade e segurança. A família desempenha também um papel importante na avaliação da progressão da demência, pois mantém um contacto diário e conhece bem o idoso.

Contudo, as intervenções realizadas pelos cuidadores informais são fragmentadas e insuficientes, pelo que se torna impreterível aumentar as parcerias com os mesmos. É necessário o desenvolvimento de ações concertadas, que permitam obter ganhos em saúde, para o cuidador informal e idoso com síndrome demencial. É importante cuidar dos cuidadores, promover novas formas de assistência, evitando a sua sobrecarga e minimizando a sua vulnerabilidade psicológica e física. É fundamental que os profissionais de saúde, nomeadamente os EESMP, desenvolvam intervenções com os cuidadores informais, com a finalidade de promover o desenvolvimento de várias competências não só instrumentais e cognitivas, mas também comunicacionais e relacionais. Mesmo perante as mais recentes alterações do ECI, mantém-se a falta de profissionais de saúde com formação adequada para capacitar os cuidadores informais de pessoas com demência a residir no domicílio.

No decurso desta experiência clínica em saúde mental, foi possível verificar que permanecem as dificuldades de articulação entre os serviços de saúde mental e os cuidados de saúde primários. No contexto hospitalar, por vezes, a informação acerca do jovem era incompleta, eram desconhecidas as condições habitacionais, a dinâmica familiar, os recursos pessoais e sociais disponíveis. À data da alta, alguns jovens eram encaminhados para a comunidade, sem que ocorresse uma verdadeira articulação entre as equipas, colocando em risco a continuidade dos cuidados.

Ademais, a prestação de cuidados continuados em saúde mental, apresenta-se ainda muito limitada e assimétrica, permanecendo a necessidade de alocar recursos humanos e financeiros para a sua concretização. Contudo, especificamente no contexto comunitário onde decorreu o estágio, foi possível conhecer as diferentes parcerias, que se tornam indispensáveis, pois acredito que a saúde mental “não se faz sozinha”, envolve uma equipa multidisciplinar. A Segurança Social, as autarquias locais, escolas, as Instituições Particulares de Solidariedade Social (...) constituem-se parceiros no desenvolvimento de projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.

O estágio em contexto comunitário, permitiu-me consolidar a importância do desenvolvimento da prestação de cuidados continuados em saúde mental, verificando

que se torna possível um conhecimento com maior amplitude do contexto de vida da pessoa, do seu ambiente físico e sociocultural e conseqüentemente a implementação de intervenções mais efetivas. O meio privilegiado para a implementação de intervenções psicossociais, uma vez que a pessoa se mantém no seu ambiente habitual. Reconhecendo os familiares como parceiros importantes na prestação de cuidados à pessoa com doença mental, é, pois, na comunidade, que o enfermeiro conhece a dinâmica familiar, as reais necessidades e dificuldades da pessoa e família, e ainda tem a possibilidade de identificação de situações de risco.

Recordo-me de ouvir algures, que para entender um adulto é necessário perscrutar a sua infância, e de facto esta experiência espoletou em mim, um interesse e uma maior sensibilidade para a saúde mental das crianças e adolescentes. Muitas das dificuldades apresentadas pelas crianças/adolescentes serão mais facilmente mobilizáveis e tratáveis do que na idade adulta. Ao investirmos na promoção da saúde mental na infância e na adolescência, poderemos obter ganhos em saúde com eficiência.

Desta forma, a nível profissional, e uma vez que a comunidade escolar se constitui um meio privilegiado para a implementação de programas de saúde mental, integrei recentemente a equipa de saúde escolar, no âmbito da UCC. Ao sentir a necessidade de desenvolver conhecimentos, que me permitam uma maior efetividade das intervenções de promoção de saúde mental nas escolas, concluí o módulo formativo do “Programa Mais Contigo”, um programa de promoção de saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários, que será implementado no próximo ano letivo 2022/23. Estou ainda em processo de formação no programa “Eu e os Outros”, também para posterior aplicação em contexto escolar. Um programa de prevenção universal dos problemas ligados ao consumo de substâncias psicoativas, envolvendo outras temáticas ligadas à adolescência e proporcionando uma dinâmica de grupo geradora de crescimento pessoal e social.

Gostaria de dar continuidade ao trabalho desenvolvido com os cuidadores informais, porém, atualmente, face ao número reduzido de profissionais, mantenho a prestação de cuidados de enfermagem em ambos os contextos, UCSP e UCC.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. (2020). Enfermagem de saúde mental e cuidados paliativos a pessoas com demência avançada. In C. Sequeira, F. Sampaio. (Coords). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (p. 307-312). Lisboa: Lidel

Amaral, A. C. (2020). Um modelo de intervenção em Grupo. In C. Sequeira, F. Sampaio. (Coords). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (p. 225-227). Lisboa: Lidel

American Psychiatric Association (APA). (2014) *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais: DSM-5* (5ª edição). Lisboa. Climepsi

Chalifour, J. (2009). *A intervenção terapêutica- Estratégias de intervenção* (vol. 2). Loures: Lusodidacta.

Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (vol. 1). Loures: Lusodidacta.

Coelho, J., Sampaio, F., Sequeira, C. (2020). Relação de ajuda. In C. Sequeira, F. Sampaio. (Coords). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (p.183-185). Lisboa: Lidel

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *CIPER<sup>R</sup> versão 2015: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2018). *CIPER<sup>R</sup> versão 2017: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Conselho Nacional de Saúde. (2019). *Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. Lisboa: CNS

Decreto Regulamentar n.º 1/2022 (2022). Estabelece os termos e as condições do reconhecimento do estatuto de cuidador informal bem como as medidas de apoio aos cuidadores informais e às pessoas cuidadas. Presidência do Conselho de Ministros. *Diário da República*, 1.ª série (N.º 6 – 10 de janeiro de 2022), 21-35.

ELI: <https://data.dre.pt/eli/decregul/1/2022/01/10/p/dre/pt/html>

Despacho n.º 12761/2021 (2021). Aprova os planos regionais da saúde para as demências. Ministério da Saúde. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 251 – 29 de dezembro de 2021), 85-87.

ELI: <https://files.dre.pt/2s/2021/12/251000000/0008500087.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa nacional para a saúde mental 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde (DGS)

Ferré-Grau, C., Sequeira C. (2020). Enfermagem de saúde mental e os cuidadores. In C. Sequeira, F. Sampaio. (Coords). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (p. 313-317). Lisboa: Lidel

Frias C.E., García-Pascual M., Montoro M., Ribas N., Risco E., & Zabalegui A. (2020). Effectiveness of psychoeducational intervention for caregivers of people with dementia with regard to burden, anxiety and depression: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 76, 787-802

Doi: 10.1111/jan.14286

Frias, C. E., Risco, E., & Zabalegui, A. (2020). Psychoeducational intervention on burden and emotional well-being addressed to informal caregivers of people with dementia. *The official journal of the Japanese Psychogeriatric Society*. 1-10

Doi:10.1111/psyg.12616

Goren, A., Montgomery W., Kahle-Wroblewski K., Nakamura, T., & Ueda, K. (2016). Impact of caring for persons with Alzheimer's disease or dementia on caregivers' health outcomes: findings from a community based survey in Japan. *BMC Geriatrics*, 16(122), 1-12

Doi: 10.1186/s12877-016-0298-y

Guerra, M. P., Lima, L., Torres, S. (2014). *Intervir em grupos na saúde*. (2.<sup>a</sup> ed.) Lisboa: Climepsi Editores, 2014

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência

Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Tábuas de mortalidade para Portugal 2018-2020*. Lisboa: INE. Disponível em:

[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUEsdest\\_boui=472914979&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUEsdest_boui=472914979&DESTAQUESmodo=2)

Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Projeções de população residente 2018-2080*. Lisboa: INE. Disponível em:

[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUEsdest\\_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUEsdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)

Lagarto, L., Firmino H. (2016). Sintomas comportamentais e psicológicos na demência. In H. Firmino, M. Simões, J. Cerejeira. (Coords). *Saúde Mental das pessoas mais velhas* (p. 361-369). Lisboa: Lidel

Lei n.º 100/2019 (2019). Aprova o Estatuto do Cuidador Informal. Assembleia da República. *Diário da República, 1.ª série* (N.º 171 – 6 de setembro de 2020), 3-16  
ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/124500714>

Malchiodi, C.A. (2007). *Expressive therapies*. Nova Iorque: The Guilford press

Monteiro, P., Confraria, L. (2014). Adolescência. In P. Monteiro (Coord). *Psicologia e psiquiatria da infância e adolescência* (p. 339-358). Lisboa: Lidel

Moorehead, S., Swanson, E., Johnson, M. & Maas, M. (2018). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. (6.<sup>a</sup> ed). Espanha: Elsevier.

Neves, P. (2020). Enfermagem de saúde mental na comunidade. In C. Sequeira, F. Sampaio. (Coords). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (p. 298-300). Lisboa: Lide

Nichols, E. *et al* (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the global burden of disease study 2019. *Lancet Public Health*. 7, e105-e125

Doi: 10.1016/S2468-2667(21)00249-8

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2019). *Relatório de primavera 2019: Saúde um direito humano*. Lisboa: OPSS

Disponível em: <http://opss.pt/relatorios/relatorio-primavera-2019/>

OECD. (2021). *Health at a glance 2021: OECD indicators*, Paris: OECD Publishing.

Doi: 10.1787/ae3016b9-en

Ordem dos Enfermeiros (2018). Padrão de documentação enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Lisboa: OE

Passos, J., Sequeira, C., & Fernandes L. (2012). The Needs of Older People with Mental Health Problems: A Particular Focus on Dementia Patients and Their Carers. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 12, 1-7

Doi:10.1155/2012/638267

Peplau, H. E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermeira*. Barcelona: Salvat Editores, S.A.

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

Pinho, L. G. (2020). Intervenção familiar na doença mental grave. In C. Sequeira, F. Sampaio. (Coord). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (p. 216-219). Lisboa: Lidel

Regulamento n.º 515/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 151 – 7 de agosto de 2018), 21427-21430.

ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/115932570>

Regulamento n.º 356/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 122 – 25 de junho de 2015), 17034-17041.

ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/67590900>

Sampaio, F., Sequeira C., Llich-Canut, T. (2020). Intervenção psicoterapêutica de enfermagem. In C. Sequeira, F. Sampaio. (Coords). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (p. 171-173). Lisboa: Lidel

Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. (2.ª ed). Lisboa: Lidel

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

Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica: Do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto

Sousa, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C., Costa, R., Pimenta, S., Silva, S., Graça, L. (2022). “Living together with dementia” – A psychoeducational group programme for family caregivers. *Perspectives in Psychiatric Care*. 1-6

Doi: <https://doi.org/10.1111/ppc.13025>

Sousa, L., Sampaio, F., & Sequeira, C. (2020). Enfermagem de saúde mental nos idosos. In C. Sequeira, F. Sampaio. (Coords). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (p. 286-290). Lisboa: Lidel

Sousa, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C., Graça, L. (2020). "Living together with dementia": preliminary results of a training programme for family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 33 (5), 1-10

Doi: 10.1111/scs.12821

Sousa, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C., & Sampaio, F. (2020). Familiar Cuidador. In C. Sequeira, F. Sampaio. (Coords). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (p. 162-166). Lisboa: Lidel

Sousa, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C. (2018). "Living together with dementia" – Conceptual validation of training programme for family caregivers: innovatice practise. *Dementia*. 19 (4), 1333-1342

Doi: h10.1177%2F1471301218762565

Sousa, L., Sequeira, C., & Ferré-Grau, C. (2017). *Manual do cuidador familiar: Programa: (Es)Tar com a demência | Programa da capacitação para cuidadores familiares de pessoas com demência a residir no domicílio*.

Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/323497260>

Sousa, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C., Martins, D., Neves, P., & Lleixà-Fortuño, M. (2017). Necessidades dos cuidadores familiares de pessoas com demência a residir no domicílio: revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (5), 45-50.

Doi: 10.19131/rpesm.0166

Sousa, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C., Neves P., Lleixà-Fortuño, M. (2016a). Training programmes for family caregivers of people with dementia living at home: integrative review. *Journal of Clinical Nursing*. 25, 2757-2767

Doi: 10.1111/jocn.13266

Sousa, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C., Neves P., Lleixà-Fortuño, M. (2016b). Características de um programa de capacitação para familiares cuidadores de pessoas com demência a residir no domicílio. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 3, 33-38  
Doi: 10.19131/rpesm.0114

Townsend. M. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: Conceitos de cuidados na prática baseada na evidência*. (6ª edição) Loures: Lusociência

Vinogradov, S.; Yalom, I. (1992). *Manual de psicoterapia de grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

World Health Organization (2019). *Risk reduction of cognitive decline and dementia – WHO Guidelines*. Geneva: WHO



**ANEXO I: Programa “(Es)Tar com a Demência”**

## Resumo do programa “(Es)Tar com a Demência”

<b>Critérios de inclusão para os cuidadores familiares das pessoas com demência</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser cuidador principal da pessoa com demência (assumir a maioria dos cuidados)</li> <li>• Saber ler e escrever</li> <li>• Vontade de participar no programa</li> <li>• O alvo dos cuidados ter demência em estágio inicial ou moderado</li> <li>• O alvo dos cuidados não ter mais patologias severas do foro mental associadas</li> </ul>
<b>Avaliação inicial do cuidador familiar (antes do programa)</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dados sociodemográficos</li> <li>• Avaliação da sobrecarga</li> <li>• Avaliação da satisfação</li> <li>• Avaliação das dificuldades</li> </ul>
<b>Sessões individuais com os cuidadores familiares (sete sessões)</b>		
<b>Sessão</b>	<b>Temas a abordar</b>	<b>Metodologia</b>
1. <sup>a</sup>	Demência e suas fases Tratamento farmacológico Alterações comportamentais e psicológicas associadas à doença Estratégias de gestão da comunicação Estratégias de gestão do comportamento	Exposição Discussão de temas Exemplos práticos/demonstrações
2. <sup>a</sup>	Emoções, sentimentos, exigências e expectativas do cuidador	Exposição Discussão de temas
3. <sup>a</sup>	Estratégias para supervisionar e assistir nas atividades básicas e instrumentais de vida diária	Exposição Discussão de temas Treino de competências Exercícios práticos Visualização de vídeos
4. <sup>a</sup>	Estimulação da cognição Gestão do ambiente Regras de segurança Prevenção de quedas	Exposição Discussão de temas Treino de competências Exercícios práticos
5. <sup>a</sup>	Estratégias de coping Técnica de resolução de problemas	Exposição Discussão de temas Exercícios práticos
6. <sup>a</sup>	Manutenção da saúde física e mental do cuidador	Exposição Discussão de temas Exercícios práticos
7. <sup>a</sup>	Recursos e instituições existentes na comunidade	Exposição Discussão de temas Exercícios práticos
<b>Sessões em grupo para os familiares cuidadores de pessoas com demência (duas sessões)</b>		
<b>Sessão</b>	<b>Temas a abordar</b>	<b>Metodologia</b>
1. <sup>a</sup> e 2. <sup>a</sup>	Desafios do papel de familiar cuidador Emoções associadas ao papel de cuidador Expectativas para o futuro Estratégias para ultrapassar as dificuldades vivenciadas	Discussão de temas Partilha em grupo
<b>Avaliação final do familiar cuidador</b> (na semana seguinte ao fim do programa, com o mesmo instrumento de avaliação)		
<b>Follow-up</b> (três a seis meses após o final do programa, avaliação com o mesmo instrumento de avaliação)		

(Sousa, Sequeira, Ferré-Grau, 2018; Sousa *et al* 2016a; 2016b)

**ANEXO II: Escala de Sobrecarga do Cuidador**

## Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007, 2010)

A ESC é uma escala que avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal.

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

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					



**APÊNDICE 1: Planeamento da atividade - Reunião Comunitária**

## **Atividade 1 – Reunião Comunitária**

### **Objetivo da atividade**

Com esta atividade, pretende-se proporcionar um melhor ambiente terapêutico no serviço de internamento, promovendo um espaço de partilha de aspetos positivos e negativos sobre o seu funcionamento, indo de encontro à emergência grupal identificada no decurso desta semana.

#### Objetivos específicos:

- ✓ Promover a adesão ao regime terapêutico
- ✓ Aumentar a coesão grupal
- ✓ Favorecer o desenvolvimento de relações interpessoais
- ✓ Treinar competências de comunicação
- ✓ Treinar habilidades sociais

### **Descrição da atividade**

Preparação do *setting* terapêutico, com o apoio dos adolescentes e jovens adultos, seguida da explicação genérica da atividade a realizar e suas expectativas, bem como, informação sobre algumas regras essenciais para o bom funcionamento do grupo.

Dando início à fase de desenvolvimento, será abordado o conceito de reunião comunitária, possíveis participantes e clarificação do motivo e objetivos da atual reunião comunitária.

Para a apresentação dos novos elementos, solicitar a cada jovem que apenas mencione o seu nome e tempo de internamento.

Proporcionar um ambiente acolhedor para a partilha de dúvidas, medos, opiniões e sugestões de melhoria na dinâmica do serviço.

No final, proceder a um resumo do que foi referido durante reunião comunitária.

### **Avaliação da atividade**

Na fase de conclusão, abre-se a discussão ao grupo, questionando como se sentiram durante a atividade, o que gostaram mais, o que gostaram menos, se tiveram dificuldade em realizá-la e o que gostariam que tivesse sido diferente.

Para a avaliação da atividade serão realizadas notas de campo, relativas às verbalizações de cada jovem, assim como a sua iniciativa/motivação, o respeito pelas regras do grupo e nível de participação.

## **APÊNDICE 2: Planejamento da atividade - “Autoestima”**

## **Atividade 2 - “Autoestima”**

### **Objetivo da atividade**

Para esta intervenção psicoeducativa, delineou-se como objetivo geral promover o bem-estar e alívio do sofrimento psicológico em adolescentes e jovens com baixa autoestima

#### Objetivos específicos:

- ✓ Promover a melhoria da autoestima e o desenvolvimento do autoconceito;
- ✓ Diminuir a dificuldade de exprimir apreciações sobre si próprio;
- ✓ Refletir sobre valores pessoais.

### **Descrição da atividade**

Com o apoio dos adolescentes e jovens adultos será preparado o *setting* terapêutico, seguida da clarificação dos motivos e objetivos da atividade e informação sobre algumas regras essenciais para o bom funcionamento do grupo.

De forma a reduzir a inibição dos elementos e a estimular a coesão e empatia do grupo, ocorrerá uma técnica de quebra-gelo. Será solicitado que se sentem em círculo, e disponibilizada uma bola a um elemento que voluntariamente inicia a atividade, referindo o seu nome e algo que goste de fazer. Esse elemento, lança a bola para outro elemento, terminando quando todos participarem.

Seguidamente, promover um espaço para a expressão de conhecimentos prévios, crenças e significados sobre a autoestima e autoconceito, convidando cada elemento a participar.

Como intervenção breve, será utilizada a técnica “Festinhas do Ego” (Técnica adaptada da Fundação Portuguesa – A comunidade contra a sida). A cada elemento será distribuída uma folha A4, com o seu nome escrito, sendo a mesma colocada nas costas. Posteriormente, deverão movimentar-se pela sala e simultaneamente escrever nas costas de todos os elementos do grupo terapêutico, duas características positivas que os definam: uma física e outra psicológica. Esta atividade poderá decorrer ao som de música e termina quando todos tiverem escrito nas folhas um dos outros.

Após esta atividade de dinâmica de grupo as folhas serão recolhidas e, sem referir a quem pertencem, será lido em voz alta o conteúdo de cada uma. Seguidamente, o grupo deve tentar identificar, com base nas características, qual o

membro em questão, e este deverá expressar a sua opinião em relação ao que foi dito sobre si.

### **Avaliação da atividade**

Na fase de conclusão, abre-se a discussão ao grupo, questionando como se sentiram durante a atividade, o que gostaram mais, o que gostaram menos, se tiveram dificuldade em realizá-la e o que gostariam que tivesse sido diferente.

Para a avaliação da atividade serão realizadas notas de campo, relativas às verbalizações de cada jovem, assim como a sua iniciativa/motivação, o respeito pelas regras do grupo e nível de participação.

### **APÊNDICE 3: Planeamento da atividade - A Cura**

## **Atividade 3 – A Cura**

### **Objetivo da atividade**

Com esta atividade, recorrendo a um mediador expressivo pretende-se promover a comunicação de expressões emersas ou que o adolescente/adulto jovem não consegue expressar verbalmente.

#### Objetivos específicos:

- ✓ Promover a expressão criativa
- ✓ Favorecer a expressão emocional
- ✓ Promover o desenvolvimento de relações interpessoais
- ✓ Treinar competências sociais
- ✓ Promover a espontaneidade e criatividade do grupo

### **Descrição da atividade**

Inicialmente, sentados em círculo, os participantes serão incentivados à realização de uma tempestade de ideias, *brainstorming*, e posterior tomada de decisão para definição do tema da atividade terapêutica de arte-terapia.

Estabelecida a temática, solicitar a colaboração dos elementos na reorganização da sala de atividades e preparação do material a utilizar.

Clarificar os motivos da intervenção e seus objetivos, e informar sobre as regras de participação nesta atividade de grupo.

A cada participante, tendo por base a temática definida, será proposto a modelagem de uma porção de barro.

No final, serão exploradas as criações artísticas elaboradas, incentivando cada elemento a partilhar a sua obra com o grupo, sentimentos e emoções no decurso da atividade.

### **Avaliação da atividade**

Na fase de conclusão, abre-se a discussão ao grupo, questionando como se sentiram durante a atividade, o que gostaram mais, o que gostaram menos, se tiveram dificuldade em realizá-la e o que gostariam que tivesse sido diferente.

Para a avaliação da atividade serão realizadas notas de campo, relativas às verbalizações de cada jovem, assim como a sua iniciativa/motivação, o respeito pelas regras do grupo e nível de participação.

## **APÊNDICE 4: Planejamento da atividade - Brasão Pessoal**

## **Atividade 4 – Brasão Pessoal**

### **Objetivo da atividade**

Com a realização desta atividade, integrando o desenho e a pintura como mediadores expressivos, pretende-se promover o autoconhecimento.

#### Objetivos específicos:

- ✓ Promover a expressão criativa
- ✓ Favorecer a expressão emocional
- ✓ Refletir sobre valores pessoais
- ✓ Estimular a expressão de aspetos pessoais significativos

### **Descrição da atividade**

Envolver os jovens na organização da sala de atividades, seguida da clarificação do que é pretendido e informação do material que irá ser utilizado.

Recorrendo a uma técnica de quebra-gelo, será solicitado que se sentem em círculo, e que cada elemento refira o seu nome e escolha um animal que gostasse de ser, com base nas características do mesmo.

Será distribuído a cada jovem do grupo, uma folha A3 e um conjunto de lápis grafite e de cor e ainda canetas de feltro. Cada participante é convidado a desenhar e pintar, de forma livre, o seu brasão pessoal. Esta atividade poderá decorrer ao som de música, favorecendo um ambiente de segurança, tranquilidade, contenção e liberdade expressiva.

No final, serão exploradas as criações artísticas elaboradas, incentivando cada elemento a partilhar o seu brasão pessoal, sentimentos e emoções no decurso da atividade.

### **Avaliação da atividade**

Na fase de conclusão, abre-se a discussão ao grupo, questionando como se sentiram durante a atividade, o que gostaram mais, o que gostaram menos, se tiveram dificuldade em realizá-la e o que gostariam que tivesse sido diferente.

Para a avaliação da atividade serão realizadas notas de campo, relativas às verbalizações de cada jovem, assim como a sua iniciativa/motivação, o respeito pelas regras do grupo e nível de participação.

## **APÊNDICE 5: Comunicação na Pessoa com Demência**

# Comunicação na Pessoa com Demência

Enf.ª Carina Poça

Orientador Clínico: Enf.ª Bidarra

11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde  
Mental e Psiquiátrica



## Objetivos

- ▶ Abordar as alterações da comunicação na pessoa com demência
- ▶ Promover a aquisição de estratégias de comunicação
- ▶ Proporcionar a partilha de experiências

# Demência

Termo genérico, que caracteriza síndromes de origens diversas, consistindo fundamentalmente na deterioração intelectual adquirida, conseqüente a uma causa orgânica não específica (Sequeira, 2018).

## Síndrome Demencial

# Processo Demencial

### Alterações de memória

Perguntas repetitivas  
Esquecimento de informação recente  
Dificuldades na aprendizagem de novas informações

### Alterações de linguagem

Vocabulário mais pobre  
Quebra de raciocínio  
Dificuldade em acompanhar conversas

### Alterações na orientação e atenção

Desorientação no tempo e espaço  
Dificuldades em manter a atenção e concentração

## Comunicação

A perda de competências de comunicação pode ser um dos problemas mais frustrantes e difíceis para pessoas com demência, para as famílias e cuidadores. À medida que a doença progride, uma pessoa com demência vivencia a perda gradual da sua capacidade para comunicar e torna-se cada vez mais difícil a demonstração clara daquilo que quer e a compreensão do que os outros estão a dizer.

(Family CaregiverSupport, 2021)

## Comunicação

- ▶ A comunicação verbal e não verbal é fundamental para a preservação da orientação e da memória
- ▶ Dependente do estado da evolução da doença
- ▶ Adaptar a comunicação verbal de acordo com a capacidade de expressão e compreensão
- ▶ Avaliar os compromissos existentes, envolvendo o cuidador familiar
- ▶ Importante verificar se existem dificuldades na audição e visão

“

Um olhar sobre a Demência

”

[https://www.youtube.com/watch?v=UVfm\\_fqG\\$ng&t=3s](https://www.youtube.com/watch?v=UVfm_fqG$ng&t=3s)

“

Partilha de experiências

”

## Estratégias de Comunicação

### Corrigir? Discutir?

- ▶ Quando inventa palavras ou as substitui por outras

### Opções

- ▶ Verificar se a pessoa está a compreender o que se pretende
- ▶ Se disser palavras soltas, sem construir uma frase estruturada, completar e repetir para confirmar a sua compreensão
- ▶ Se tiver dificuldades em encontrar as palavras certas, verbalizar pela pessoa, tentando não cortar o discurso.
- ▶ Se estiver a referir-se a objetos concretos, solicitar que aponte e referir o respetivo nome
- ▶ Quando o discurso não fizer sentido, ouvir tranquilamente, sem pedir explicações desnecessárias, mantendo a comunicação não-verbal.

## Estratégias de Comunicação

### Corrigir? Discutir?

- ▶ Perguntas repetitivas

### Opções

- ▶ Sempre que possível responder à questão.
- ▶ Escrever a resposta num papel e, quando for questionado, apontar para o papel.
- ▶ Se for uma situação contínua, ignorar a pergunta (com algumas pessoas pode resultar)
- ▶ Distrair a pessoa para outras atividades e temas.

## Estratégias de Comunicação

### Discutir? Repreender?

- ▶ Quando fazem algo de errado ou estão agitados
- ▶ Comportamentos repetitivos (deambular sem destino)

### Opções

- ▶ Manter a calma
- ▶ Evitar movimentos bruscos e expressar o mínimo de preocupação
- ▶ Evitar entrar em confronto
- ▶ Não aplicar a lógica ou raciocínio (comprometida)
- ▶ Focar a atenção numa atividade do seu agrado (reminiscências)

## Estratégias de Comunicação

- ▶ Evitar perguntas que apelem à utilização da memória
- ▶ Evitar uma avaliação da capacidade da sua memória

### Que dia é hoje?

- Hoje é dia 26 de abril
- Hoje é segunda-feira

### Não se lembra?

- Aqui está o primo Carlos
- Eu sou a Luísa

### O que prefere?

- O Sr. Carlos quer sopa?
- Mostrando as camisas, prefere a azul ou branca?

## Estratégias de Comunicação

- ▶ Dizer o que pretende, o que quer que a pessoa faça, não referir o que não quer ou o que não deve fazer (constituem-se frases positivas)

Bom dia, Sr. Carlos como está? Eu sou a Enfª Ana, já sei que tem uma ferida, a sua esposa ligou, venho para ver como está e fazer o tratamento.

Bom dia, Sr. Carlos como está? ... .. Aguardar resposta

Eu sou a Enfª Ana... Aguardar resposta

Estou aqui para tratar da sua ferida.

## Estratégias de Comunicação

- ▶ Manter o olhar, falando com a pessoa de frente
- ▶ Chamar pelo nome, num tom de voz natural, agradável e tranquilizante e uma expressão facial amigável (sorriso)
- ▶ Utilizar frases curtas e palavras diretas e simples
- ▶ Falar devagar, de forma clara e objetiva
- ▶ Dar mais tempo do que o habitual para a pessoa responder
- ▶ Evitar falar da pessoa como se ela não estivesse presente

## Estratégias de Comunicação

- ▶ Oferecer orientações passo a passo
- ▶ Realizar uma pergunta de cada vez
- ▶ Repetir informações e perguntas, dando informações simples
- ▶ Evitar conversar num local com muito ruído
- ▶ Utilizar com frequência o reforço positivo

## Linguagem Corporal

- ▶ Utilizar gestos e expressões faciais para se fazer entender
- ▶ Apontar ou demonstrar pode ser uma ajuda
- ▶ Tocar e segurar a mão da pessoa pode ajudar a manter a sua atenção e mostrar que se preocupa com ela
- ▶ Um sorriso caloroso e uma gargalhada partilhada podem, frequentemente, comunicar mais do que as palavras

(Com as limitações associadas ao uso de EPI'S)



Quando confrontar?



“

O humor pode ser uma boa  
estratégia!!!

”

[https://youtu.be/G-QRXw\\_WzmM](https://youtu.be/G-QRXw_WzmM)

## Referências Bibliográficas

- ▶ Associação Alzheimer Portugal (2021). Acedido em: [alzheimerportugal.org](http://alzheimerportugal.org)
- ▶ FamilyCaregiverSupport (2021). Acedido em <https://www.familycaregiversupport.eu/pt/inicio/>
- ▶ Frias, C. E., Risco, E., & Zabalegui A. (2020). Psychoeducational intervention on burden and emotional well-being addressed to informal caregivers of people with dementia. *The official journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 10. Doi:10.1111/psyg.12616
- ▶ Sadock Benjamin J., Sadock Virginia A. (2017). *Compêndio de psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. (11ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- ▶ Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. (2.ª ed.). Lisboa: Lidel
- ▶ Sousa, L., Sequeira, C., & FerréGrau, C. (2017). *Manual do cuidador familiar: Programa: [s]Tar com a demência | Programa da capacitação para cuidadores familiares de pessoas com demência a residir no domicílio*.
- ▶ Sousa, L., Sequeira, C., Ferré Grau, C., & Sampaio, F. (2020). Familiar Cuidador. In C. Sequeira, F. Sampaio (eds), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 162-166). Lisboa: Lidel
- ▶ Sousa, L., Sampaio, F., & Sequeira, C. (2020). Enfermagem de saúde mental nos idosos. In C. Sequeira, F. Sampaio (eds), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 286-290). Lisboa: Lidel
- ▶ Townsend, M. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: conceitos de cuidado na prática baseada na evidência* (6ª ed.). Loures: Lusociência.