

RESUMO

A eminência da morte e a sua efetividade, no seio da família, quebra a sua homeostasia e tem repercussões no seu funcionamento e estrutura gerando no indivíduo/família tensão e processos de adaptação. Com vista à prevenção do luto complicado na família, destacam-se as intervenções especializadas do enfermeiro de saúde mental nos cuidados colaborativos com a família. Constitui-se objetivo deste relatório de estágio: fundamentar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em saúde mental na prevenção do luto complicado da família. O estágio realizou-se numa equipa comunitária de saúde mental e numa unidade de cuidados paliativos da região de Lisboa. A avaliação familiar e as intervenções delineadas foram fundamentadas na evidência científica. Os resultados obtidos sugerem que a intervenção do enfermeiro de saúde mental na prevenção no risco de luto complicado da família implica o despiste de fatores de risco de luto complicado na família e uma intervenção centrada na família em que existam familiares em risco.

PALAVRAS-CHAVE: Família; Fatores de Risco de Luto Complicado; Intervenção do Enfermeiro de Saúde Mental.

ABSTRACT

The eminence of death and their effectiveness, within the family, brakes their homeostasis and has an impact on their operation and structure generating in the individual/family stress and adaptation processes. In order to prevent complicated grief in the family include specialized interventions nurse's mental health collaborative with family care. It is the goal of this internship report: support the acquisition and development of skills of mental health specialist nurse in prevention of complicated mourning family. The stage took place in a community mental health team and in a palliative care unit of the Lisbon region. The family assessment and interventions outlined were based on scientific evidence. The results obtained suggest that the mental health nurse intervention in preventing the risk of complicated mourning family implies the detection of risk factors of complicated grief in the family and a family-centered intervention, with family members at risk.

KEYWORDS: Family; Risk Factors of Complicated Mourning; Mental Health Nurse Intervention;

ÍNDICE

	Pág.
RESUMO	1
ABSTRACT.....	2
ÍNDICE.....	3
INTRODUÇÃO.....	4
1. O PROCESSO DE LUTO.....	6
1.1. PREVENÇÃO NO RISCO DE LUTO COMPLICADO DAS FAMÍLIAS.....	16
2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	19
2. 1. CONTEXTO COMUNITÁRIO.....	24
2. 2. CONTEXTO HOSPITALAR.....	38
2.3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXOS	54
ANEXO I - Autorização Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção na Família	
ANEXO II - Autorização para Aplicação do Questionário de Problemas Familiares	
APÊNDICES	55
APÊNDICE I – Planejamento das Sessões Familiares Estágio Comunitário	
APÊNDICE II - Plano de Cuidados à Família – Estágio Comunitário	
APÊNDICE III - Plano de Cuidados Familiar – Estágio Hospitalar	

INTRODUÇÃO

Este Relatório de Estágio constituiu-se como objeto de avaliação para a obtenção do grau de Mestre e do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Escola Superior de Enfermagem, 2011; Despacho nº 1345/2010 de 20 de Janeiro). É um relato da concretização do projeto de estágio ocorrida entre 26 de Setembro de 2011 e 17 de Fevereiro de 2012, numa Equipa Comunitária de Saúde Mental e numa Unidade de Cuidados Paliativos, ambas na região de Lisboa. Com a apresentação deste relatório pretende-se revelar, esclarecer e fundamentar o percurso concretizado com vista ao desenvolvimento e aquisição de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica definidas pelo Regulamento nº 129/2011 de 18 de Fevereiro.

A temática que lhe foi associada: “Intervenção do Enfermeiro de Saúde Mental - Prevenção no Risco de Luto Complicado das Famílias”, é reveladora da pertinência da intervenção neste âmbito, pois o luto complicado está associado a problemas físicos e mentais quando os processos adaptativos não decorrem de forma normal e adaptativa, nomeadamente: a depressão, a ansiedade, o abuso de álcool, o consumo de fármacos, o aumento do recurso aos serviços de saúde, o aumento da mortalidade no primeiro ano e o suicídio. Estima-se que, podem identificar-se lutos complicados em cerca de 10 a 20 % dos indivíduos em processo de luto. A evidência científica sugere a identificação/avaliação sistemática dos fatores de risco para o luto complicado ao longo do processo de luto pois as famílias que apresentem características preditivas de um alto risco de morbilidade deverão ser, por isso, alvo preferencial de intervenções preventivas. Entre as variáveis que influenciam a adaptação da família à perda, e para as quais é necessário dirigir-se especial atenção, destacam-se: a situação de perda; a rede familiar e social; o contexto sócio-cultural da morte; contexto sócio-político e histórico da perda; a altura da perda no ciclo de vida da família.

A intervenção de enfermagem especializada implica o despiste de fatores de risco de luto familiar complicado, uma intervenção centrada na família e pautada por cuidados colaborativos com a mesma, sempre que existam famílias com características preditivas de um alto risco de morbilidade.

Constituem-se como estratégias chave para a preparação da família face à morte: a figura de enfermeiro de referência no processo de luto da família; a constante atualização da informação face ao estado clínico do familiar doente; o fortalecimento da comunicação e a gestão dos conflitos intrafamiliares.

A metodologia utilizada para a elaboração deste relatório de estágio consiste numa descrição e análise reflexiva do percurso efetuado, fundamentadas pela pesquisa/revisão da literatura científica, pelo raciocínio clínico de enfermagem subjacente ao Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar sendo este norteado pela matriz da estrutura operativa do mesmo.

Este documento, está organizado em dois capítulos. No primeiro capítulo, explora-se a temática do processo de luto e a pertinência da intervenção do enfermeiro de saúde mental ao nível da prevenção no risco de luto complicado das famílias. No segundo capítulo, exploram-se as escolhas do percurso efetuado e os objetivos do mesmo, procede-se à descrição do percurso desenvolvido nos contextos comunitário e hospitalar, apresentam-se, discutem-se e realizam-se considerações finais sobre os resultados obtidos.

1. O PROCESSO DE LUTO

Falar de processo de luto é falar de perda e luto. Para que se possa compreender o significado de uma perda e o comportamento humano associado, tem que se compreender primeiro o significado do apego. Segundo Bowlby citado por Worden (1998) a teoria do apego fornece-nos um meio de compreender a tendência dos indivíduos em estabelecerem laços afetivos fortes com outros, assim como uma forma de compreender a forte reação emocional que ocorre quando estes laços se rompem ou ficam ameaçados. Segundo este autor, esses laços iniciam-se cedo na vida, são dirigidos a indivíduos específicos, têm tendência a durar grande parte do ciclo vital, tendo a sua origem na necessidade de segurança e proteção. Formar laços com indivíduos significativos é, para este autor, um comportamento normal entre as crianças e os adultos. A criança à medida que cresce e se separa da figura de apego, na conquista da sua independência, retorna sempre na procura de apoio e segurança. Se essa figura de ligação estiver ameaçada ou desaparecer, há uma intensa ansiedade e uma resposta emocional muito forte, isto é, se os laços afetivos são colocados em perigo, dão origem a reações muito específicas, reações à perda.

Assim, a perda é a retirada ou ausência de um objeto (sujeito) importante na vida de um indivíduo (Worden, 1998) e o sentimento de perda está relacionado com a ligação que o indivíduo tinha com o objeto perdido.

Barbosa (2010) refere que a perda é ao mesmo tempo comum (todos vivem separações e perdas) mas única (cada perda tem um significado específico para cada indivíduo em cada fase da vida). Krupp e Kligfeld referidos por Worden (1998) revelam existir evidência de que todos os indivíduos sofrem com a perda em maior ou menor grau.

Embora as perdas sejam inerentes à vida de qualquer indivíduo, a maneira de lidar com elas não o é. Cada um lida com esses processos de maneira muito peculiar, de acordo com a sua história de vida e de como foram elaboradas as perdas desde o seu nascimento.

As respostas psicológicas à perda estão presentes em acontecimentos de vida tais como a perda de emprego, no divórcio, na amputação assim como também na previsão inevitável da perda da própria vida (Massie e Holland citados por Twycross, 2001).

Em indivíduos oncológicos observam-se exarcebações de sintomas psicológicos: no momento do diagnóstico, ou pouco tempo depois; na altura da primeira recidiva e à medida que a morte se aproxima (Twycross, 2001).

Se a perda se refere à retirada de um objeto importante na vida do indivíduo então, afinal, o que é o luto?

Worden (1998) considera que o luto se refere à experiência pessoal de perda enquanto o processo de luto é o processo que ocorre depois de uma perda. Engel citado por Worden (1998, p. 22) refere que: *“o luto representa uma saída do estado de saúde e bem-estar, e assim (...) um período de tempo é da mesma forma necessário para (...) retorne a um estado similar de equilíbrio.”*

Relf citado por Twycross (2001) menciona que o luto afeta sentimentos e comportamentos manifestando-se com reações físicas, emocionais e comportamentais. A mesma autora referindo Parkes diz que *“o luto é a maior crise que (...) terão jamais de enfrentar”* (Relf citado por Twycross, 2001, p. 62).

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

De acordo com Townsend (2011), foram vários os teóricos que descreveram os estádios comportamentais do processo de luto normal:

1. Bowlby (1961): Estádio I (Dormência ou protesto); Estádio II (Desequilíbrio); Estádio III (Desorganização e Desespero); Estádio IV (Reorganização).
2. Engel (1964): Estádio I (Choque); Estádio II (Desenvolvimento da Consciência); Estádio III (Restituição); Estádio IV (Resolução da Perda); Estádio V (Recuperação).
3. Kubler-Ross (1969): Estádio I (Negação); Estádio II (Raiva); Estádio III (Negociação); Estádio IV (Depressão).

Como já foi referido, o processo de luto tem sido descrito de acordo com vários modelos, a que se acrescentam os seguintes, de acordo com Relf citado por Twycross

(2001): fases do luto (Parkes), dimensões da perda (Le Poidevin) e processo duplo (Storebe e Schut).

O Modelo explicativo das fases do luto de Parkes mencionado por Relf e citado por Twycross (2001) considera cinco fases: choque, entorpecimento e descrença; separação e dor; desespero; aceitação; resolução e reorganização.

O modelo explicativo das dimensões da perda de Le Poidevin, referido por Relf e citado Twycross (2001) evidencia sete dimensões: emocional; social; física; estilo de vida; prática; espiritual; identidade.

O modelo explicativo do processo duplo de Storebe e Schut, referenciado por Relf e citado por Twycross (2001) defende que os indivíduos em processo de luto oscilam entre enfrentar a dor, tendo comportamentos orientados pela perda, e evitá-la, tendo comportamentos de restauração. Ou seja, oscilam entre duas formas de adaptação. Quando o indivíduo tiver só uma orientação pode estar a desenvolver um luto crónico (orientação para a perda) ou um luto ausente (orientação pela restauração).

Uma outra abordagem, mais contemporânea, refere-se às tarefas do luto (Worden) e que é referenciada por Relf em Twycross (2001) e por Townsend (2011). Worden (1998) considera o processo de luto como necessário, referindo que o indivíduo que passa por uma perda deve realizar certas tarefas de luto para que seja restabelecido o equilíbrio e o processo de luto seja completado. O processo de luto nesta lógica é entendido como a adaptação à perda. Este autor descreve quatro tarefas do processo de luto: aceitar a realidade da perda; elaborar a dor da perda; ajustar-se ao ambiente onde falta o objeto/indivíduo perdido; reposicionar em termos emocionais o objeto/indivíduo perdido que faleceu e continuar a vida.

Independentemente do modelo, a sua compreensão ajuda-nos a perceber o seu impacto nos indivíduos em processo de luto. A idéia a reter é de que é um processo dinâmico, ativo e que varia de indivíduo para indivíduo.

Segundo Barbosa (2010), existem várias tipologias de luto tais como, luto normal, luto complicado (também denominado de perturbação de luto prolongado) e luto (psico) patológico.

Barbosa (2010) refere-se ao luto normal como a reação característica face a uma perda significativa. Este autor refere que se podem designar vários tipos de luto normal: luto preparatório (efetuado pelo indivíduo no sentido de se preparar para a separação com

este mundo); luto antecipatório (é assumido o papel de indivíduo em processo de luto e iniciada a elaboração do luto perante a previsibilidade da morte); luto prematuro (Síndrome de Lázaro – é assumido o papel de indivíduo em processo de luto numa fase precoce em relação à possibilidade de morte) e luto latente ou tardio (reações que surgem muito tempo depois da perda e que são reativadas, num contexto de perda significativa).

Salientando o luto antecipatório e de acordo com Lindeman (1944) citado por Worden (1998) poder-se-á dizer que este ocorre antes da perda real e caracteriza-se pela ausência de manifestação aberta de luto na época da morte porque os indivíduos em processo de luto já passaram pelas fases de luto normal e libertaram-se dos seus elos emocionais com o indivíduo perdido.

De acordo com Prigerson et al. (2009) citados por Delalibera (2010), o luto complicado ou perturbação de luto prolongado - caracteriza-se por alguns sintomas específicos: intensas saudades e anseio pelo indivíduo perdido, descrença ou dificuldade em aceitar a morte, pensamentos intrusivos acerca do indivíduo perdido, atordoamento emocional, choque ou confusão, percepção de que a vida é vazia ou sem significado, sentimentos de amargura ou revolta, desconfiança em relação aos outros, sentimento de que parte de si morreu com o indivíduo perdido, dificuldade em continuar com a própria vida e significativa redução da atividade social ou ocupacional.

Quando o processo de luto não se desenvolve de uma maneira adaptativa, o indivíduo apresenta dificuldade em falar sobre o objeto perdido sem se emocionar, sintomas físicos semelhantes ao indivíduo perdido, compulsão para imitar seus traços ou sensações de contínuas obrigações para com ele, culpa, diminuição da auto-estima, por vezes com impulsos autodestrutivos, pode-se dizer que se trata de um luto complicado. Barbosa (2010) destaca as seguintes formas de luto complicado:

1. Luto traumático – está relacionado a uma perda inesperada, exposição a um acontecimento traumático, como ferimento grave, ameaça de morte, ou ameaça à integridade física, cuja resposta envolve medo intenso, sentimento de falta de ajuda ou horror. O indivíduo em processo de luto sente-se sem resposta emocional, confuso, paralisado, desamparado.

2. Luto inibido – o processo de luto é adiado, inibido, uma vez que o sofrimento provocado pelas perdas ultrapassou a capacidade de elaboração do indivíduo. As expressões de luto são suprimidas ou inibidas, e pequenos acontecimentos podem

desencadear reações intensas, mesmo alguns anos após a perda, as respostas a uma perda recente podem parecer desapropriadas ao grau da mesma, os indivíduos em processo de luto não conseguem falar sobre o indivíduo perdido sem expressões acentuadas de luto. Essa forma de luto complicado é mais típica em relações de marcada ambivalência.

3. Luto crônico - o processo de luto permanece estático, não se desenvolve, ou seja, os níveis de tristeza, irritabilidade e culpa mantêm-se sem mudança durante meses ou anos, verificando-se uma dificuldade paradoxal do indivíduo em processo de luto investir num novo objeto.

4. Luto exagerado – manifesta-se por comportamentos autodestrutivos em que o indivíduo sobrevivente tenta aliviar a dor emocional e espiritual através de comportamentos lesivos (abuso de álcool e drogas, práticas sexuais não seguras, tentativas de suicídios, acidentes sequenciais)

5. Luto indizível (privado de direito) – pesar escondido do indivíduo “marginalizado” em que não há “permissão social” para exprimir as reações de perda. O indivíduo sobrevivente não pode anunciar abertamente a perda porque a relação é culturalmente inaceitável ou marginalizada (homossexuais, amantes ilícitos), conduzindo a sentimentos de raiva, tristeza e isolamento.

De acordo com Prigerson et al (2009), citados por Delalibera (2010), os cinco critérios propostos para a classificação de diagnóstico de Perturbação de Luto Prolongado são os seguintes: perda de um indivíduo significativo; ansiedade de separação; sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais; tempo de 6 meses que decorre desde a perda até ao diagnóstico; disfunção social e ocupacional ou em outras áreas importantes de funcionamento.

Por fim, e segundo Barbosa (2010), no luto (psico)patológico os indivíduos em processo de luto organizam a sua reação à perda sob a forma de diferentes quadros sindrômicos correspondendo a manifestações psicopatológicas típicas dando origem a diferentes tipos: melancólico; maníaco; paranóide; histérico; hipocondríaco; obsessivo; fóbico; ansioso; pós-traumático; border-line; aditivo; caracterial e somatoforme.

Uma vez que, o risco de vir a desenvolver um luto complicado depende do grau de vulnerabilidade que o indivíduo em processo de luto tem para superar todo o tipo de problemas relacionados com as perdas, é imprescindível prevenir a sua ocorrência.

Neste sentido, as equipas de saúde devem ter presentes indicadores de fatores de vulnerabilidade/risco no processo de luto para serem sistematicamente avaliados.

Barbosa (2010) sintetiza os fatores de risco de luto complicado nos indivíduos adultos em cinco dimensões, tais como:

1. Circunstâncias da perda: abruptamente dentro do ciclo de vida/"premature" (ex. morte de criança); súbita e inesperada "não antecipada" (ex. morte por neutropenia séptica durante quimioterapia); traumática (ex. caquexia, debilidade, desfiguramento e choque); estigmatizada (ex. SIDA, suicídio, homicídio); prolongada com grande sofrimento (ultrapassando as capacidades de adaptação dos familiares).
2. Vulnerabilidade pessoal: história pessoal e/ou familiar de perturbação psiquiátrica (ex. depressão clínica, alcoolismo, toxicodependência); personalidade/estilo de coping/locus controle (ex. baixa auto-estima, pessimismo, locus control externo); estilo de vinculação (ex. inseguro, evitante); experiência acumulada de perdas "não resolvidas" (ex. infidelidade, divórcio, aborto); má adaptação inicial à perda (ex. sofrimento emocional insuportável, culpa acentuada)
3. Natureza da relação com o indivíduo perdido: excessivamente dependente (ex. relação de segurança); ambivalente (ex. irritado e inseguro com problemas de alcoolismo, infidelidade, jogo); exclusivista
4. Apoio familiar e social : disfunção familiar (ex. má comunicação e coesão, elevado conflito); isolamento (ex. novos migrantes, recente mudança de residência); alienação (ex. percepção de fraco apoio social, dificuldade de encontro com familiares e amigos, ausência de pessoas de confiança, pessoas sentidas como antagónicas ou pouco amistosas); projectos truncados (ex. assuntos pendentes, não possibilidade de realização de rituais religiosos ou outros).
5. Insatisfação com os cuidados de saúde (falta de controlo dos sintomas/sofrimento intenso antes da morte, dificuldades diagnósticas; percepção de que a morte poderia ter sido evitada, morte associada a encarniçamento terapêutico, relações disfuncionais com os profissionais de saúde).

Andrade & Barbosa (2010) sintetizam os fatores de risco de luto complicado na criança/adolescente da seguinte forma: suicídio ou homicídio do progenitor; perda da mãe para raparigas com menos de onze anos; perda do pai para rapazes adolescentes; dependência do progenitor sobrevivente; relação conflitual com o indivíduo perdido; falta de apoio familiar; ambiente instável (figura responsável alternante); novo casamento e relação negativa com a nova personagem e dificuldades psicológicas prévias.

Segundo Andrade & Barbosa (2010), citando autores que estudaram o impacto de uma perda na infância, nomeadamente, Furman (1974), Finkelstein (1988), Harris (1995), Worden (1996), Bowlby (1998) e Mallon (1998), evidenciam a necessidade de um acompanhamento atento das crianças em processo de luto ou em processo antecipatório do luto, devido às consequências que daí poderão advir. Os mesmos autores salientam que, numa abordagem de luto infantil é necessário contextualizar a idade da criança, o seu desenvolvimento físico e afetivo, o conceito de morte e enquadrar as suas manifestações de luto nos vários períodos de desenvolvimento o que permite determinar a modalidade de abordagem particular da criança em processo de luto.

Se uma perda significativa na infância é sempre um fator de desequilíbrio e perturbação, então um luto infantil complicado pode ter repercussões em todo o desenvolvimento de uma criança e influenciar o seu percurso de vida. Contudo, existem alguns aspetos que podem tornar mais favoráveis as condições do luto infantil, nomeadamente, a escuta e a compreensão das necessidades das crianças assim como proporcionar-lhe informação adequada acerca do que se está a passar.

Numa perspetiva de apoio à família, num contexto de cuidados paliativos, é primordial ajudar a família a compreender a doença e o seu tratamento, pois isso irá influenciar decisivamente o seu ajustamento num contexto de perda. Um outro factor crucial para uma adaptação saudável à perda é a forma como a família vive a perda e como cada um dos seus membros continuam a relacionar-se uns com os outros.

Num luto antecipatório da família, o envolvimento mútuo nos cuidados potencia a coesão da família uma vez que promove a partilha e comunicação familiar. No entanto, existem famílias em que há disfuncionamento familiar o que vai limitar as capacidades

de lidar com a situação. Daí a importância de se avaliar o funcionamento das famílias em várias dimensões. Isto porque de acordo com Walsh & McGoldrick (1998, p.5):

“a perda é um poderoso evento nodal que abana a fundação da vida da família e deixa todos os membros afetados (...) modifica a estrutura familiar, requerendo normalmente uma grande reorganização do sistema familiar. O significado de uma determinada perda e respostas a ela são moldados essencialmente pelo sistema de crenças da família, o qual, por sua vez, é modificado por todas as experiências de perda”.

Para Walsh & McGoldrick (1998), do ponto de vista sistémico, a morte na família envolve múltiplas perdas: a perda da pessoa; a perda de papéis e de relações; a perda da unidade familiar intacta e a perda de esperanças e sonhos por tudo o que poderia ter sido.

De acordo com Walsh & McGoldrick (1998), a morte coloca desafios adaptativos partilhados e mudanças nas definições que a família tem da sua identidade e objetivos. A capacidade de aceitar a perda está no cerne de todas as competências nos sistemas familiares saudáveis. Pelo contrário, as famílias muito disfuncionais demonstram os padrões menos adaptativos relativamente ao lidar com as inevitáveis perdas, agarrando-se juntos na fantasia e negação para ofuscar a realidade e para insistir na intemporalidade e perpetuação dos laços nunca desfeitos. Há pois desafios adaptativos cruciais na família que, se não forem ultrapassados, deixam os familiares vulneráveis à disfunção e aumentam o risco da dissolução da família. Walsh & McGoldrick (1998), referem duas tarefas principais que tendem a promover a adaptação imediata e a longo prazo dos familiares e a fortalecer a família como uma unidade funcional, e que são: a aceitação partilhada da realidade da morte e experiência partilhada da morte; e a reorganização do sistema familiar e reinvestimento noutras relações e no seguimento da vida.

As famílias que apresentem características preditivas de um alto risco de morbilidade depois da perda deverão ser, por isso, alvo preferencial de intervenções preventivas.

De acordo com Barbosa (2010), estas famílias em períodos precoces de luto familiar, descompensam pela deterioração do seu funcionamento em três dimensões: coesão, falha na comunicação e aumento do conflito.

Por outro lado e uma vez que *“a maioria das perdas significativas ocorre no contexto de uma unidade familiar, (...) é importante considerar o impacto da morte em todo o sistema familiar* (Worden, 1998, p. 137). E por isso, *“o conhecimento da configuração de toda a família, a posição de funcionamento da pessoa que faleceu na família, bem*

como o nível de adaptação à vida são importantes para cada um que tenta ajudar a família antes, durante e depois de uma morte” (Bowen citado por Worden, 1998, p. 137).

No sentido da promoção da aceitação partilhada da realidade da morte e experiência partilhada da morte, Walsh & McGoldrick (1998) referem que a comunicação familiar é vital durante o percurso de adaptação à perda. Também referem que, um ambiente de confiança, respostas empáticas e tolerância a diversas reações é essencial. A tolerância é, assim, necessária não só para diferentes respostas dentro da mesma família, como também para a probabilidade dos familiares terem diferentes estilos de *coping* (estratégias de confronto), estarem em diferentes fases uns dos outros e poderem ter experiências únicas no significado da relação perdida. Isto porque, no sistema familiar os elementos que o compõem podem não estar todos na mesma fase do processo de luto e isso pode complicar as vivências familiares pois muitas vezes, o que se verifica é que cada membro, perante a perda, reage de uma maneira própria e em tempos diferentes, podendo gerar vários conflitos, afastamentos ou até mesmo rupturas no seio familiar. Neste âmbito, Worden (1998) alerta para dois aspectos: o facto de ser importante reconhecer que nem todos os familiares farão as tarefas ao mesmo tempo; e os membros da família, individualmente irão resistir às intervenções familiares. Apesar da resistência, é importante incluir toda a família pois esta interage como uma unidade, cada indivíduo influenciando os outros. Havendo oportunidade de avaliar as respostas psicológicas de todos os membros da família, é maior a probabilidade da intervenção ser eficaz e que o equilíbrio da unidade familiar seja reestabelecido (Worden, 1998).

Por outro lado, os sentimentos intoleráveis ou inaceitáveis podem ser delegados e expressos de uma forma fragmentada pelos vários familiares, ou seja, um pode transportar toda a zanga pela família, enquanto outro familiar está em contacto apenas com a tristeza, um demonstra alívio e outro está entorpecido. Nestes casos, torna-se necessário construir resiliência na família através da reparação da fragmentação e da promoção de uma rede mais coesa para o apoio e cura mútuos.

De acordo com Grinberg (2000), quando morre um dos membros da família a dinâmica do processo de luto, os mecanismos e a distribuição de papéis desenvolvem-se de acordo com as características do luto coletivo. Assim, alguns dos familiares tomarão a

cargo a depressão e a culpa; outros a negação e o bloqueio afetivo; e um terceiro a perseguição, a hipocondria, etc.

Como a morte de um familiar pode despedaçar o equilíbrio familiar e os padrões de interação estabelecidos. O processo de recuperação envolve um realinhamento das relações e uma redistribuição dos papéis necessários para compensar a perda, amortecer os stresses transaccionais e seguir com a vida familiar para a frente.

Para que a família realize a tarefa de reorganização do sistema familiar e reinvestimento noutras relações e no seguimento da vida é primordial, promover a coesão e uma reorganização flexível no sistema familiar para a re-estabilidade e resiliência (Walsh & McGoldrick, 1998). Para tal, e segundo os mesmos autores, é necessário tomar em conta uma série de variáveis que influenciam a adaptação da família à perda, entre as quais se destacam (Walsh & McGoldrick, 1998):

- a situação da perda (morte repentina ou morte por doença prolongada, perda ambígua, morte violenta, suicídio);
- rede familiar e social (coesão familiar e diferenciação dos familiares, flexibilidade do sistema familiar, comunicação aberta vs secretismo, disponibilidade de recursos da família alargada, sociais e económicos, papel e funcionamentos anteriores no sistema familiar, relações conflituosas ou afastamentos na altura da morte);
- contexto sociocultural da morte (crenças étnicas, religiosas e filosóficas);
- contexto sociopolítico e histórico da perda;
- a altura da perda no ciclo de vida da família (extemporaneidade da perda, co-ocorrência de outras perdas, stresses ou mudanças do ciclo de vida, história de perdas traumáticas e luto não resolvido).

Estas variáveis constituem-se como os fatores de risco para o luto familiar complicado.

De acordo com Barbosa (2010), a intervenção profissional no âmbito do luto baseia-se em três níveis de Intervenção: Apoio (Prevenção); Aconselhamento; Terapêutica (Psicológica – Luto complicado; Psiquiátrica – Luto patológico).

O mesmo autor, enumera alguns princípios para o apoio imediato no luto, em cuidados paliativos, e que são os seguintes: considerar o doente e a família como uma unidade única de cuidados; permitir discussão aberta sobre a doença e os vários aspetos com ela relacionados; providenciar suporte emocional; facilitar assistência prática; respeitar as práticas (culturais, étnicas e religiosas) (Barbosa, 2010).

Barbosa (2010) refere que no apoio continuado no luto, em cuidados paliativos as equipas devem definir políticas, normas e procedimentos diferenciados para o acompanhamento posterior de famílias ou indivíduos em risco de desenvolver luto complicado que podem ser de vários tipos: sistemático (a todos os familiares em processo de luto ao fim de 1, 3, 6 e 12 meses); pontual (referenciação médica, de enfermagem ou social); formas especializadas de encaminhamento individual ou familiar.

1.1. PREVENÇÃO NO RISCO DE LUTO COMPLICADO DAS FAMÍLIAS

O ponto de partida para o estágio a que se refere este relatório foi motivado pela necessidade sentida na minha prática clínica de desenvolver competências que me permitissem apoiar processos de luto, de famílias acompanhadas especificamente no âmbito da Equipa de Cuidados Continuados Integrados e de forma alargada à Unidade de Cuidados na Comunidade, onde desenvolvo a minha atividade profissional .

Diariamente sou confrontada com o sofrimento do indivíduo e suas famílias que vivenciam processos adaptativos face a doenças crónicas e de confronto com a inevitabilidade da morte. A maioria destas famílias encontram-se em sobrecarga (claudicação familiar), apresentam níveis elevados de conspiração do silêncio e algumas em risco de desenvolverem lutos complicados. Tenho consciência que a equipa que integro não presta cuidados paliativos porque para isso é necessário uma equipa interdisciplinar com formação específica, no entanto, é possível neste contexto desenvolver ações paliativas das quais faz parte o apoio e acompanhamento do processo de luto. Neste sentido, a minha grande motivação foi adquirir competências para desenvolver intervenções especializadas de âmbito psicoterapêutico que permitam satisfazer as necessidades das famílias durante este processo, por forma a prevenir lutos complicados.

Reconheço que o enfermeiro integrado numa equipa de cuidados continuados integrados detém o *setting* privilegiado e oportuno para promover a elaboração do luto do utente/família, respetivamente, de forma preparatória e antecipatória pois é quem melhor conhece a família e o que mais tempo passa com ela. Aliás faz parte das atividades da equipa a visita domiciliária no luto, no entanto esta não se encontra sistematizada e estruturada. Simultaneamente, também me dou conta dos lutos que vou fazendo decorrentes da minha prática profissional e tenho a noção de que uns são-

me mais difíceis do que outros e isto faz-me pensar/refletir sobre os meus próprios processos de luto. Assim, pareceu-me primordial desenvolver o meu auto-conhecimento e consciência de mim mesma relativamente ao modo/à forma como encaro, vivencio as perdas e a morte e, como realizo/elaboro os meus próprios processos de luto.

No final deste curso de mestrado em enfermagem pretendo transpor para o meu dia-a-dia o que aprendi, desenvolvi e experimentei relativamente a esta temática para que no papel de enfermeira especialista em saúde mental na comunidade possa realizar de forma estruturada, sistematizada e eficaz intervenções no âmbito da prevenção do risco de luto complicado das famílias.

Tal como refere Nabais (2008) a especificidade da prática clínica de Enfermagem especializada em Saúde Mental e Psiquiátrica na comunidade dirige-se a indivíduos em sofrimento ou perturbação mental em todas as etapas do ciclo vital e suas famílias, com o objetivo de, incorporando intervenções psicoterapêuticas, facilitar a adaptação aos processos de transição num contínuo saúde/doença, predominantemente nas seguintes situações, entre outras: indivíduos a viver ou acompanhar processos de morte ou luto; situação de crise; situação de viver ou acompanhar indivíduos com doença crónica, evolução prolongada ou em estado terminal.

Da revisão da literatura efetuada à cerca desta temática resultaram algumas constatações que me ajudaram a problematizá-la e que evidencio de seguida.

De acordo com Pereira (2008), numa situação de doença há uma quebra no equilíbrio individual e familiar, pois estão-lhe inerentes a ansiedade e o stress, decorrentes da preocupação com a gravidade da doença, com o sofrimento e com a possibilidade de morte. Digamos que quando há a notícia de uma doença grave ou perda no seio da uma família o impacto é ancorado de vivências únicas que refletem a influência de um conjunto de fatores relacionados (com a própria doença, com o indivíduo, a família e o contexto sócio/cultural em que vive).

Da mesma forma, também Barbosa (2010, p. 487) refere que:

“as doenças de curso prolongado e irreversível, incuráveis estão associadas a perdas inevitáveis nos doentes, nos familiares (...), conduzindo a sofrimento e a processos de luto algumas vezes complicados cujos principais sinais importa diagnosticar

precocemente, para que uma intervenção de ajuda pertinente possa ser desencadeada e realizada em tempo útil.”

Prigerson citado por Delalibera (2010) refere que 80 a 90% dos indivíduos em processo de luto experimenta um luto normal. No entanto, Boelen e Prigerson citados por Delalibera (2010) referem que, uma significativa percentagem de indivíduos em processo de luto desenvolve sintomas debilitantes e incapacidade funcional persistente. Ou seja, numa minoria dos casos o luto não evolui de uma forma favorável e aparecem consequências para a saúde física e mental dos indivíduos afetados. Barbosa (2010) refere que podem identificar-se lutos complicados em cerca de 10 a 20 % dos indivíduos em processo de luto.

As implicações do luto sobre a saúde mental e física são reconhecidas há décadas podendo ser resumidas da seguinte forma:

“o luto está associado a riscos de saúde e: predispõe as pessoas à doença física e mental; precipita a doença e a morte; exacerba doenças preexistentes; conduz a, ou exarceba, comportamentos de risco como o tabagismo, o alcoolismo ou o abuso de drogas; tem por consequência um aumento do consumo de serviços de saúde; pode conduzir à depressão.” (Relf citando Osterweiss, Solomon e Morris citados por Twycross, 2001, p. 67)

Assim, de acordo com Prigerson et al (2007), o luto complicado está associado a problemas de saúde como a depressão, a ansiedade, o abuso de álcool, o consumo de fármacos, o aumento do recurso aos serviços de saúde, o aumento da mortalidade no primeiro ano e o suicídio.

Os resultados de várias revisões sistemáticas mencionadas por Forte, Hill, Pazder & Feudtner (2004) sugerem que: a maior parte dos indivíduos em processo de luto não precisam de um acompanhamento psicológico profissional; as intervenções em indivíduos adultos em risco deverão ser dirigidas aos lutos complicados; intervenções terapêuticas tanto de orientação psicodinâmica quer cognitivo comportamentais são eficazes no curto prazo e que; obtêm-se melhores resultados quando a própria pessoa pede ajuda e a intervenção terapêutica foi iniciada poucos meses após a perda.

Da mesma forma, Worden (1998) refere-se ao Modelo Preventivo do Luto, ou seja, à ênfase no despiste de lutos complicados e intervenção precoce para impedir uma reação de luto não-resolvida.

2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este relatório de estágio pretende demonstrar o desenvolvimento/aquisição das competências de enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental, aprovadas pela Ordem dos Enfermeiros e que segundo o artigo 4º, nº 1 do Regulamento nº 129/2011, são as seguintes:

- “a) Detém um elevado conhecimento de si enquanto enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;*
- b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos, e comunidade na optimização da saúde mental;*
- c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.*
- d) Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida mobilizando o contexto e a dinâmica individual, familiar, de grupo, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.”*

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica foi realizado um estágio em contexto comunitário e outro em contexto de internamento hospitalar.

O estágio na sua globalidade foi norteado pelo seguinte objetivo geral: desenvolver competências especializadas em enfermagem de saúde mental, ao nível da prevenção no risco de luto complicado das famílias. Para a consecução deste objetivo foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

1. Promover processos de auto-conhecimento, consciência de mim mesma e de desenvolvimento pessoal e profissional através de vivências decorrentes da intervenção no risco luto complicado das famílias;
2. Treinar a concepção e aplicação do plano de cuidados especializado e individualizado de enfermagem de saúde mental, à família, no âmbito da prevenção no risco de luto complicado;
3. Experimentar intervenções de âmbito psicoterapêutico pertinentes para a prevenção no risco de luto complicado das famílias.

É com este enquadramento que, neste capítulo são apresentados de forma breve os locais de estágio, a descrição fundamentada das atividades desenvolvidas em cada um

e uma avaliação crítico-reflexiva do trabalho desenvolvido e dos resultados obtidos, face aos objetivos delineados.

O primeiro estágio realizou-se numa Equipa Comunitária de Saúde Mental na região de Lisboa, no período de 26 de Setembro a 16 de Dezembro de 2011.

As equipas comunitárias de Saúde Mental surgem no âmbito do paradigma da saúde mental comunitária que se baseia numa visão biopsicossocial, ou seja, que vê o indivíduo de forma holística, reconhecendo-lhe capacidades e direito a autonomizar-se o que implica grande complexidade no campo de atuação, que requer complementaridade e partilha dos diferentes saberes. O modelo de saúde mental comunitária defende serviços integrados num hospital geral, constituídos por uma unidade de internamento e equipas multidisciplinares na comunidade articuladas com os cuidados de saúde primários e com outras estruturas de suporte na comunidade. No nosso país, a abertura de serviços de Psiquiatria em hospitais gerais deu-se ainda anteriormente à nova Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98 de 24 de Julho).

A era dos cuidados de saúde centrados no hospital está cada vez mais longínqua não só para a Saúde Mental mas também para as outras áreas da saúde. Os internamentos em hospitais são mais caros e é vantajoso que a pessoas regressem ao seu meio e continuem o seu processo de saúde com cuidados acessíveis e em rede. O hospital está cada vez mais aberto à comunidade criando parcerias com outros intervenientes na saúde. Em Portugal, a reforma dos serviços de saúde mental, no sentido da substituição do modelo hospitalar/asilar pelo modelo comunitário, tem sido muito lenta, com avanços e recuos. Só em 1998, com a publicação da Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98 de 24 de Julho e Decreto-Lei nº 35/99, de 5 de Fevereiro) se dá o ponto de viragem mas foi necessário mais de uma década para que os cuidados de saúde mental na comunidade fossem regulamentados.

A Organização Mundial de Saúde (2001, p. 99) admite que *“a desinstitucionalização não tem constituído um êxito sem reservas, e os cuidados comunitários ainda enfrentam muitos problemas operacionais”*.

Seguindo as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (2001), é elaborado o Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007-2016. Este documento apresenta os recursos existentes e necessidades em Cuidados de Saúde Mental, planeando as novas ações a desenvolver de forma a concretizar a reestruturação dos serviços. São definidas estratégias que vão ao

encontro do novo paradigma de cuidados que dá grande ênfase à integração dos cuidados de Saúde Mental na comunidade, apoiando e delineando estratégias para o encerramento das grandes instituições psiquiátricas de caráter asilar, que até então eram a base dos cuidados de saúde mental. Este relatório dá relevo à participação de indivíduos, famílias e entidades comunitárias na coordenação comum dos programas. De forma a garantir a acessibilidade aos cuidados de saúde mental, a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007, p. 15) defende que devem *“estar estreitamente articulados com os cuidados primários de saúde”* e que é necessária a colaboração *“com o sector social e organizações não governamentais na reabilitação e prestação de cuidados continuados a doentes mentais graves.”*

A Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007, p. 53), no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, apresenta os objetivos desta reforma da seguinte forma:

“assegurar o acesso equitativo a cuidados de saúde mental de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental do país, incluindo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis; promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental; reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações; promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias; promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização”.

Sabemos hoje que uma Rede de Cuidados Continuados Integrados favorece a reabilitação e a qualidade dos cuidados, previne recaídas e reduz custos e o agravamento de estados de doença agudos. O Decreto-Lei N.º 8/2010 de 28 de Janeiro, no seu Artigo 16.º, caracteriza as Equipas de Apoio Domiciliário da seguinte forma:

“1 — A equipa de apoio domiciliário em cuidados continuados integrados de saúde mental desenvolve as actividades necessárias de forma a:

- a) Maximizar a autonomia da pessoa com incapacidade psicossocial;*
- b) Reforçar a sua rede de suporte social através da promoção de relações interpessoais significativas;*

- c) Melhorar a sua integração social e o acesso aos recursos comunitários;*
- d) Prevenir internamentos hospitalares e admissões em unidades residenciais;*
- e) Sinalizar e encaminhar situações de descompensação para os SLSM;*
- f) Apoiar a participação das famílias e outros cuidadores na prestação de cuidados no domicílio.*

2 — As equipas de apoio domiciliário podem estar vinculadas e ser coordenadas tecnicamente por uma unidade residencial, uma unidade socio-ocupacional, um agrupamento de centros de saúde (ACES) ou um SLSM.

De acordo com o descrito no artigo 17.º do Decreto-Lei N.º 8/2010 de 28 de Janeiro:

“A equipa de apoio domiciliário assegura, designadamente, os seguintes serviços: a) Acesso a apoio multiprofissional de saúde mental; b) Envolvimento dos familiares e outros cuidadores, quando necessário; c) Promoção da autonomia, através do apoio regular nos cuidados pessoais e nas actividades da vida diária, gestão doméstica e financeira, compras, confecção de alimentos, tratamento de roupas, manutenção da habitação, utilização dos transportes públicos e outros recursos comunitários; d) Supervisão na gestão da medicação; e) Promoção do acesso a actividades ocupacionais, de convívio ou de lazer.”

As Equipas Comunitárias têm como objetivo, privilegiar a proximidade dos profissionais à área de residência da população, aumentar a acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde, facilitando o desenvolvimento de um projeto terapêutico para cada utente, com o envolvimento da família e de outros agentes da comunidade.

A equipa comunitária de saúde mental onde realizei o estágio, dispõe de intervenções terapêuticas diversificadas, nas quais se incluem psicoterapias individuais e de grupo, intervenções psicopedagógicas de promoção de adesão à terapêutica e de gestão do regime terapêutico, visitas domiciliárias, grupos de psicomotricidade e de terapia ocupacional. Existem também programas de reabilitação e reintegração social e profissional, desenvolvidos em colaboração com uma Instituição Particular de Solidariedade Social, dispondo, neste momento, de um Fórum Sócio-Ocupacional e de Residências Protegidas. As atividades da equipa de enfermagem são, sempre que necessário, desenvolvidas em articulação com a restante equipa multidisciplinar e até mesmo com o serviço de internamento ou com outras valências do departamento de Psiquiatria do Hospital da área. Resumidamente, as várias atividades englobam: visitas domiciliárias; consulta de enfermagem que inclui administração de terapêutica depôt, entrevistas de triagem, consulta de seguimento; consulta de adesão à terapêutica e de

programação da toma da terapêutica semanal; reuniões semanais de formação com todos os profissionais do Departamento de Psiquiatria do Hospital da área; reuniões semanais da equipa multidisciplinar comunitária, em conjunto com o médico e enfermeiro de referência do serviço de internamento e reunião mensal de articulação com os centros de saúde (médicos de família).

Tendo como pano de fundo a aquisição de competências de enfermeiro especialista em Saúde Mental e a temática que associei ao estágio é importante referir e reforçar a escolha efetuada relativamente a este campo de estágio. Assim, a escolha do contexto de estágio comunitário, que abrangeu a maior percentagem de horas, prendeu-se com a similaridade do contexto para onde pretendo transportar todas as aprendizagens efetuadas para além de que permitir-me-á a intervenção junto de famílias em processos de luto face ao diagnóstico recente de doença mental grave num ou mais dos seus elementos.

O objetivo deste primeiro estágio era o desenvolvimento/aquisição de competências que me permitissem a intervenção junto de famílias em processo de luto.

O segundo estágio realizou-se numa Equipa de Cuidados Paliativos da região de Lisboa, no período de 2 de Janeiro a 17 de Fevereiro de 2012. E que integra a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados,.

A Unidade de Cuidados Paliativos, de acordo com o exposto, respetivamente, nos nº 1 e nº 2, do artigo 19º, do Decreto Lei nº 101/2006:

“é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, preferentemente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde.”

“(…)assegura, designadamente: a) Cuidados médicos diários; b) Cuidados de enfermagem permanentes; c) Exames complementares de diagnóstico laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados; d) Prescrição e administração de fármacos; e) Cuidados de fisioterapia; f) Consulta, acompanhamento e avaliação de doentes internados em outros serviços ou unidades; g) Acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual; h) Actividades de manutenção; i) Higiene, conforto e alimentação; j) Convívio e lazer.”

A Unidade de Cuidados Paliativos que se constituiu como local de estágio integra uma equipa interdisciplinar com formação específica cujo acompanhamento do processo de luto e a abordagem à família estão sistematizados pelo que a escolha teve haver com o facto de ser uma unidade especializada em cuidados paliativos reunindo as condições para um local de estágio de referência para a intervenção no risco de luto complicado das famílias.

2. 1. CONTEXTO COMUNITÁRIO

No estágio comunitário, integrei uma equipa de saúde mental comunitária e, num contexto de diagnóstico recente de doença mental grave na família, dei enfoque à intervenção precoce na crise trabalhando a perda na família.

Brito (2005) refere que pesquisas epidemiológicas recentes têm demonstrado a sobrecarga que as doenças mentais impõem aos indivíduos, comunidades e sistemas de saúde em todo o mundo. Por outro lado, Pearson e Koretz citados por Brito (2005) referem que os cuidadores familiares de indivíduos com doenças mentais graves estão também em elevado risco de morbilidade aumentada devido à sobrecarga e ao stress impostos e defendem que a prevenção ou redução de sintomas e perturbações relacionadas com a experiência de cuidar deve fazer parte das intervenções preventivas prioritárias. Assim, torna-se imprescindível dar resposta às necessidades dos indivíduos com perturbações mentais e também das suas famílias.

Para Collins (2003), a ideia de intervir nas famílias no primeiro episódio da esquizofrenia pode oferecer oportunidades importantes para uma prevenção secundária porque pode ajudar a uma adaptação familiar bem-sucedida desde o início da doença. Nesta fase inicial da doença a família apresenta um grande sofrimento (MacGregor citado por Collins, 2003).

Os estudos de Rolland e McGorry e as narrativas pessoais das famílias afetadas citados por Collins (2003) criam um enquadramento para a intervenção nas famílias que lidam com um primeiro episódio de psicose. Assim, foram descritas três fases: pródomo e primeira crise; período de adaptação inicial e o desenvolvimento de uma doença prolongada. Rolland citado por Collins (2003) sugere que cada fase tem as suas exigências e tarefas de desenvolvimento próprias, que poderão requerer forças, atitudes e mudanças significativamente diferentes das famílias.

No pródomo e primeira crise a família experimenta o choque e devastação de ver um dos seus elementos ser totalmente consumido e incapacitado pela psicose. Nesta fase a família não tem consciência da natureza e da dimensão do problema. Só com a persistência do comportamento disruptivo ou perturbado é que percebe que o problema não vai desaparecer espontaneamente e que é necessário pedir ajuda e por isso, costuma procurar ajuda e explicações. A família confronta-se com uma realidade dolorosa, uma experiência ameaçadora que não costuma compreender bem, pois confronta-se com o desafio de ter de aceitar que um dos elementos da família tem uma doença mental grave. Aquando da admissão no hospital ou na consulta externa, a família experiencia medo e ansiedade.

No período de adaptação inicial o principal problema é a antecipação da perda o que gera nas famílias um leque de reações emocionais intensas (ansiedade, raiva, solidão existencial, negação, tristeza, desapontamento, ressentimento, culpabilidade, exaustão e desespero). Neste período, ao confirmar-se a cronicidade da doença, a família tem de empreender tarefas de luto face à sua identidade de família saudável (Rolland citado por Abreu, 2008).

Tanto na primeira como na segunda fase, há várias tarefas adaptativas inevitáveis para as famílias. Para McGorry e Rolland citados por Collins (2003, p. 145) estas tarefas incluem :

“adquirir conhecimentos sobre a doença, sua evolução e tratamento; criar um sentido para a doença que maximize a manutenção do domínio e da competência da família, no contexto de uma perda parcial e de ainda mais deterioração possível; aprender a lidar com os sintomas; adaptar-se ao ambiente hospitalar ou da clínica e aos procedimentos terapêuticos associados à esquizofrenia; estabelecer e manter relacionamentos positivos com a equipa de cuidados de saúde.”

Na terceira fase, tal como referem Sargente e Liebman citados por Collins (2003) é expectável que os pais experimentem uma extrema sensação de perda quando percebem que o seu filho desenvolveu uma forma mais incapacitante de esquizofrenia. Esta incapacidade é a representação da perda do desejado filho normal tal como Hillyer-Davis a descreve e é citada por Collins (2003). Para Hatfield et al citados por Collins (2003, p. 146), *“após o surgimento de uma doença prolongada, há que fazer o luto das esperanças, sonhos e expectativas existentes para aquele filho, a família, o futuro, e que redistribuir os papéis, o poder e as responsabilidades.”*

Os autores anteriormente referenciados referem-se ao primeiro episódio psicótico no jovem e por isso quando mencionam as fases pelas quais a família passa, referem-se aos pais perante um filho com doença mental grave. Esta abordagem faz sentido pois é nesta fase que ocorrem com maior frequência os primeiros episódios psicóticos.

Foi com este enquadramento que, neste contexto de estágio, a família selecionada para avaliação e intervenção, integra um jovem adulto cujo diagnóstico de doença mental grave é recente. Isto porque, sabe-se também que para além do primeiro episódio psicótico, os primeiros dois a cinco anos após o diagnóstico são fundamentais para a recuperação a longo prazo e prognóstico (Coentre, Levy & Figueira, 2011).

Neste contexto, a avaliação e intervenção efetuadas com a família foram norteadas pela matriz da estrutura operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar cuja autorização para a sua utilização se apresenta em anexo (Anexo I).

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar proposto por Figueiredo (2009, 2012) foi escolhido como orientador dos cuidados de enfermagem e guia para a tomada de decisão, pois tal como considera Figueiredo (2009, p. 34):

“a intervenção de enfermagem com as famílias requer a utilização de modelos que permitam a concepção de cuidados orientados tanto para a colheita de dados como para o planeamento das intervenções, pois os modelos conceptuais estabelecem um quadro de referência e um modo coerente de pensar sobre a família. Os modelos devem permitir a flexibilização dos contextos, de forma que a intervenção seja caracterizada pela promoção da mudança que implique um funcionamento efectivo do sistema familiar.”

Wright & Leahey (2009), referem que, quando não existe um modelo conceptual é particularmente difícil o agrupamento de dados díspares e analisar os relacionamentos entre múltiplas variáveis que apresentam impacto na família. Isto porque, tal como referem Wright & Leahey (2009, p. 1), a enfermagem tem:

“um compromisso, bem como uma obrigação ética e moral, de incluir as famílias nos cuidados de saúde. A evidência teórica, prática e de pesquisa do significado da família para a saúde e bem-estar de seus membros, bem como a sua influência sobre a doença, impele e obriga as enfermeiras a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem. (...) esse enfoque do cuidado só pode ser alcançado com responsabilidade e respeito, estabelecendo-se profundas avaliações e intervenções e práticas relacionais com famílias.

Desta forma, toda a intervenção em termos de avaliação e intervenção na família terá por base o raciocínio clínico de enfermagem subjacente ao Modelo Dinâmico de

Avaliação e Intervenção Familiar. Este modelo assenta nos desígnios da enfermagem de família, e foi co-construído a partir do Modelo de Calgary de Avaliação da Família e pelo Modelo de Calgary de Intervenção da Família. Foi igualmente suportado pelos subsídios que advieram das experiências dos enfermeiros em contextos de intervenção familiar.

A enfermagem de família tem o seu desenvolvimento teórico fundamentado em teorias das ciências sociais (Teoria: estruturo-funcional, dos sistemas, interactiva com ênfase na dinâmica interna da família; stresse; desenvolvimento; mudança), terapia familiar (Teoria: dos Sistemas de Bowen; Narrativas; Geral dos Sistemas de Beterlanffy; Cibernetica de Norbert Weiner; Comunicação Humana) e teóricas de enfermagem (Imogine King, Callista Roy, Neuman, Dorothea Orem, Martha Rogers, Moyra Allen e Betty Neuman).

Figueiredo (2009, p. 131) não adopta um conceito específico de família, enfatiza sim *“as suas dimensões sistémicas e ecológicas, que lhe conferem complexidade, num contexto de instabilidade dinâmica a que subjaz as características de globalidade, totalidade, equifinalidade, circularidade e auto-organização”*.

A concepção de família mencionada pela autora integra a dimensão da contextualidade. Apresenta o conceito de ambiente, tendo em conta a adopção do modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner, como *“uma agregação de estruturas interdependentes, numa trajectória interaccional contínua entre a família e o crescimento e a transformação permanente do meio, que engloba os contextos imediatos e os mais vastos”* (Figueiredo, 2009, p. 131).

No âmbito do paradigma de abordagem da família que integra o modelo sistémico, Figueiredo (2009), citando Relvas (1996) e Alarcão (2002) refere que:

“a saúde é considerada na perspectiva do bem-estar familiar, integrando processos de retroalimentação num continuum entre estabilidade e mudança que permite transformações na estrutura do sistema familiar, mantendo a sua organização e conferindo-lhe um desenvolvimento próprio com uma sequência natural ao longo do seu ciclo de vida.”

Os objetivos da enfermagem de família centram-se na capacitação da família direccionando-se para as suas respostas aos problemas reais e potenciais, englobando uma filosofia de parceria com a família. É dada ênfase aos pontos fortes dos membros da família e do grupo familiar por forma à sua mobilização na resolução dos seus próprios problemas. Assim sendo, o papel do enfermeiro é ajudar a que a família

identifique os seus próprios problemas e encontre as suas próprias soluções, perspetivando a promoção da saúde familiar através do desenvolvimento da família nas suas dimensões cognitivas, afetivas e comportamentais.

Figueiredo (2009, p. 140), citando Elsen, Althoff & Manfrini (2001) refere que:

“a enfermagem de família tem como objectivo a independência da família e dos seus membros, ajudando-a a crescer na sua capacidade de dar resposta às suas necessidades e no desempenho das suas funções, identificando-a como agente do seu processo de desenvolvimento, com direitos e responsabilidades.”

De acordo com o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção na Família, os cuidados de enfermagem desenvolvem-se ao longo do ciclo vital da família, são centrados na unidade familiar e assumidos como uma filosofia de cuidados colaborativos.

Para uma maior compreensão e entendimento do que a seguir se expõe, apresenta-se em anexo o planeamento das sessões familiares (Apêndice I).

Relativamente à avaliação familiar, o modelo prevê a existência de três dimensões principais: estrutural, desenvolvimento e funcional. De acordo com Figueiredo (2009, 2012), cabe ao enfermeiro a tomada de decisão sobre as áreas de atenção a avaliar, face à especificidade de cada sistema familiar.

Assim, no âmbito da avaliação estrutural, foi delineada a estrutura interna e externa da família, tendo como guião a matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar assim como, o auxílio de outros instrumentos, nomeadamente, o genograma, o ecomapa e a Escala de Graffar adaptada.

O genograma e o ecomapa são dois instrumentos úteis para delinear as estruturas internas e externas da família (Wright & Leahey, 2009). O genograma é um diagrama do grupo familiar que identifica as relações e ligações dentro do sistema multigeracional. O ecomapa é um diagrama do contacto da família com outros sistemas mais amplos, identificando as relações e ligações da família com o meio onde habita, ou seja, permite identificar os padrões organizacionais da família e a natureza das relações com o meio, mostrando-nos o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família.

Foi identificada a composição da família, os vínculos existentes entre a família e outros sub-sistemas como a família extensa (outros parentes) e os sistemas amplos (local de trabalho, consulta de psiquiatria, amigos, supermercado, instituição de apoio educativo)

Da avaliação efetuada o tipo de família em análise é classificada de **família alargada**.

A Escala de Graffar adaptada avalia as condições sócio-económicas da família com vista a identificar a sua classe social e permite prever as condições de risco, assim como alterações a nível de comportamentos de saúde e desenvolvimento psicossocial (Amaro citado por Figueiredo, 2009, 2012). A classificação social de Graffar utilizada é a versão actualizada de Fausto Amaro (2001) sendo que as características da família colocá-la-ão num dos cinco graus de cada um destes itens: profissão, nível de instrução, fonte de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto da zona de habitação. Ao grau 1 corresponde a pontuação 1, ao grau 2, a pontuação 2 e assim sucessivamente. O somatório destas pontuações permite incluir a família numa das seguintes posições sociais: classe alta (I): de 5 a 9; classe média alta (II) de 10 a 13; classe média (III) de 14 a 17; classe média baixa (IV) de 18 a 21; classe baixa (V) de 22 a 25.

A Escala de Graffar adaptada foi aplicada aos dois casais da família alargada em que o resultado, em ambos, foi **Classe Social III (Classe Social Média)** não sendo necessário avaliar as áreas de atenção Rendimento Familiar e Edifício Residencial pois a classificação obtida nos itens fonte de rendimento familiar e tipo de habitação foi - posição social III.

Na avaliação de desenvolvimento, foi efetuada a identificação da etapa do ciclo vital em que a família se encontra de acordo com Relvas citada por Figueiredo (2009, 2012) - **família com filhos adultos**, o que permitiu melhorar a compreensão contextual da família, assim como a tomada de decisão sobre a área de avaliação de maior relevância face a este contexto, nomeadamente o papel parental.

Por fim, na avaliação funcional a área de atenção foi o processo familiar. As várias dimensões do processo familiar avaliadas (comunicação familiar, *coping* familiar, interação de papéis familiares, relação dinâmica e crenças familiares) permitiram uma compreensão aprofundada das relações e interações entre os membros da família e a identificação de necessidades de mudança neste nível do funcionamento familiar.

Para complementar esta avaliação foram aplicadas as três escalas sugeridas no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, nomeadamente:

1. Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe (Caeiro, 1991 citado por Figueiredo, 2009, 2012);
2. Escala FACES II (Fernandes, 1995 citada por Figueiredo, 2009, 2012);

3. APGAR Familiar de Smilkstein (Smilkstein, 1978 citado por Figueiredo, 2009, 2012).

A Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe é o instrumento mais utilizado para medir eventos stressantes. Este instrumento é representado por um questionário auto-administrado com uma lista de 43 eventos, correlaciona os eventos de vida com o stress e a doença, tendo como base os acontecimentos ocorridos num passado recente, circunscrito a um ano. Holmes & Rahe (citados por Figueiredo, 2009, 2012), identificaram uma correlação significativa entre as situações de stress/crise e o possível aparecimento de doenças psicossomáticas, dependendo do tipo, quantidade e intensidade dos acontecimentos a que um dado indivíduo está submetido. Constataram ainda, que o risco de doença aumentava à medida que as unidades de mudança de vida se acumulavam.

Esta escala é adaptada à família e permite avaliar e quantificar as dificuldades vividas pela família no período de um ano, determinando a probabilidade de algum dos membros vir a desenvolver uma doença psicossomática. A escala integra 43 eventos significativos, que representam as situações normativas ou acidentais do desenvolvimento familiar e individual, e a cada uma das situações de vida é atribuída uma pontuação, numa escala de 11 a 100. Tendo por base esta escala, quando o *score* obtido é: superior a 300, sugere a probabilidade, de 80%, de ocorrência de doença física ou mental, em um ou vários elementos da família; superior a 200 e inferior a 300, sugere a probabilidade, de 50%, de ocorrência de doença física e mental, em um ou vários elementos da família; inferior a 200, sugere uma menor probabilidade de incidência de doenças (Caeiro citada por Figueiredo, 2009, 2012).

A Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe foi aplicada ao conjunto dos elementos da família. Foram identificados como acontecimentos stressantes, no último ano: doença grave (53); reforma (45); readaptação profissional (39); alteração dos hábitos pessoais (24); mudança de residência (20); mudança de atividades sociais (18); mudança nos hábitos de sono (16). O *score* obtido foi 215 o que sugere a probabilidade, de **50%, de ocorrência de doença física e mental, em um ou vários elementos da família.**

A aplicação desta escala permitiu a identificação de eventos familiares geradores de stress e por outro lado, possibilitou, não só encontrar uma relação entre os níveis de stress decorrentes de transições familiares e a probabilidade de surgirem doenças

psicossomáticas num ou em vários membros da família, como identificar os tipos e os padrões de transição ocorridos recentemente. A sua aplicação no contexto do processo familiar, permitiu um entendimento globalizante e orientador face às restantes dimensões familiares.

A Escala FACES II é a segunda versão da *Family Adaptability and Cohesion Scale de Olson, Joyce, Portner e Bell* (Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen, & Wilson citados por Figueiredo, 2009, 2012), classificando as famílias/casais no modelo Circumplexo de Olson (Fernandes; Lourenço citados por Figueiredo, 2009, 2012). A escala é constituída por trinta itens, dezasseis pertencentes à dimensão coesão e catorze itens pertencentes à dimensão adaptabilidade. Cada questão é respondida numa escala de 1 a 5: quase nunca, de vez em quando, às vezes, muitas vezes e quase sempre.

Olson, Bell & Portner (1991) e Fernandes citada por Figueiredo (2009, 2012), recomendam a sua utilização pois salientam algumas vantagens desta versão relativamente à FACES III, nomeadamente a consistência interna, a correlação mais elevada entre a coesão e adaptabilidade e o valor da validade concorrente mais elevado, sobretudo em relação a adaptabilidade familiar.

De acordo com as instruções de aplicação e cálculo do *score* (Olson & Tiesel citados por Olson, Bell & Portner 1991), esta escala foi utilizada individualmente aos membros da família. Relativamente à coesão, a família foi classificada de **separada** pois o *score* obtido foi de 53,4 (classe 3). Relativamente à adaptabilidade, a família foi caracterizada como **estruturada** por ter sido obtido um *score* de 45,8 (classe 4). Assim, quanto ao tipo de família, foi classificada de **meio-termo** devido à obtenção de um *score* de 3,5 (classe 3-4).

O APGAR Familiar de Smilkstein, como o próprio nome indica foi criado por *Gabriel Smilkstein*, da Universidade de *Washington em Seattle*, em 1978, constituiu-se como uma tentativa de responder às necessidades de avaliação do funcionamento das famílias (Smilkstein, 1978, 1984; Smilkstein, Ashworth & Montano, 1982 citados por Figueiredo, 2009 2012). Esta escala tem como fundamento a crença que os membros da família percebem o funcionamento familiar e são capazes de manifestar o grau de satisfação no cumprimento dos parâmetros básicos da função familiar, avaliando a família como funcional ou disfuncional.

A sigla APGAR deriva da integração de cinco variáveis de avaliação do funcionamento

familiar: adaptação (*adaptability*); participação (*partnership*), crescimento (*growth*); afecto (*affection*) e decisão (*resolve*).

Esta escala é composta por duas partes. A primeira tem cinco perguntas, correspondentes ao grau de satisfação dos indivíduos relativamente às variáveis descritas. A segunda engloba três possíveis respostas, tendo cada uma, uma pontuação que varia numa escala de 0 a 10, relativa à percepção sobre o grau de funcionamento da família: altamente funcional (7 a 10 pontos) com moderada disfunção (4 a 6 pontos) e com disfunção acentuada (0 a 3 pontos).

Figueiredo (2009, 2012), citando Smilkstein realça quatro situações de utilização prioritária desta escala, nomeadamente: cuidados domiciliários de uma pessoa com doença crónica ou terminal; primeira abordagem com a família; quando a família referencia a existência de um problema familiar e quando os comportamentos dos indivíduos sugerem a existência de problemas psicossociais.

Este instrumento tem vantagens, nomeadamente, a rápida utilização e a possibilidade de identificação de situações de risco associadas a uma área de funcionamento familiar. Para além de ser muito utilizado, é um instrumento fiável tanto que os estudos de validade e confiabilidade permitirem a sua aplicação com segurança (Agostinho & Rebelo; Marinheiro citados por Figueiredo, 2009, 2012). Shortridge-Baggett, Malmgreen & Wantroba (citados por Figueiredo, 2009, 2012), recomendam a sua utilização na prática clínica com as famílias pois a sua utilização direccionará a avaliação que permitirá a identificação de necessidades efetivas do sistema familiar.

Na família em avaliação este instrumento foi aplicado a todos os membros da família sendo que o resultado por cada membro foi o seguinte: membro 1- família altamente funcional (Score 8); membro 2 - família altamente funcional (Score 9); membro 3 - família com moderada disfunção (Score 6); membro 4 - família altamente funcional (Score 10); membro 5 - família altamente funcional (Score 7).

O resultado da família (a média família) revelou que a família se percebe como **altamente funcional**.

À avaliação desta área de atenção foi adicionada a aplicação de um outro instrumento de avaliação - Questionário de Problemas Familiares: versão portuguesa do “Family Problem Questionnaire – FPQ” (Xavier & Almeida citados por Xavier, Pereira, Corrêa & Almeida, 2002) com autorização dos respectivos autores (Anexo II). Este instrumento é de auto-preenchimento, constituído por 29 itens obrigatórios que abrangem as áreas de

repercussão da doença na família (interação familiar, rotina familiar, lazer, trabalho, saúde mental saúde física, rede social), necessidade de supervisão, apoio de técnicos, preocupação, estigma e sentimentos de culpa. Estão também associadas três secções para avaliação do impacto nos filhos existentes e das implicações económicas diretas e indiretas. Após análise fatorial foram definidas cinco dimensões: sobrecarga objetiva, sobrecarga subjetiva, apoio recebido de profissionais e/ou rede social, atitudes positivas para com o doente e criticismo.

Cada item é cotado através de uma escala tipo lickert, com quatro ou cinco opções possíveis.

O questionário em questão avalia os dois meses anteriores ao momento de preenchimento do questionário sendo que, em três dos itens o intervalo de tempo avaliado é de um ano. Este instrumento tem um tempo médio de preenchimento de trinta minutos e pode ser aplicado aos familiares dos indivíduos com perturbações psiquiátricas graves assim como aos indivíduos que desempenham o papel de cuidadores informais de cuidados, desde que não apresentem déficits cognitivos.

O Questionário de Problemas Familiares constituí uma ferramenta de avaliação inicial e de follow-up válida para o apuramento dos ganhos em saúde proporcionados pela subsequente intervenção familiar. Mueser citado por Xavier, Pereira, Corrêa & Almeida (2002) refere a existência de dados científicos que comprovam que a sobrecarga familiar permite discriminar a efetividade de intervenções terapêuticas, nomeadamente de cariz psicoeducacional, com uma estabilidade temporal estável.

O resultado da aplicação inicial do questionário aos elementos da família revelou evidência de: **sobrecarga objetiva** (média: 2); **ajuda recebida** (média: 3); **sobrecarga subjetiva** (média: 2); **atitudes positivas** (média: 2) e **irrelevante criticismo** (média: 1).

Face aos dados obtidos com a avaliação familiar procedeu-se à enunciação de diagnósticos de enfermagem que corresponderam à identificação das forças da família em conjugação com o reconhecimento das suas necessidades ou problemas.

Os diagnósticos de enfermagem enunciados (Apêndice II) compreenderam a dimensão desenvolvimento e a dimensão estrutural. Assim, na primeira o diagnóstico de enfermagem enunciado prendeu-se com o **papel parental não adequado**. Na segunda, o diagnóstico de enfermagem enunciado teve haver com o **processo familiar** que se encontrava **disfuncional**.

Pretendeu-se, tal como defende Figueiredo (2009, 2012), que as intervenções de enfermagem daí resultantes se constituíssem como elementos promotores da capacitação da família na resolução dos seus problemas e que, desenvolvidas num contexto relacional, integrassem as respostas afetivas, cognitivas e comportamentais do sistema terapêutico, em que a mudança é determinada pela coerência da estrutura biopsicosocial do sistema familiar. Na concretização das intervenções de enfermagem foram tidos em conta os princípios de circularidade, neutralidade e hipotetização.

Relativamente à questão da hipotetização importa lembrar que, na família, *“um sintoma é apenas um símbolo de mau-estar familiar”* (Relvas, 1999, p. 103). O sintoma que esta família nos traz é a inatividade do indivíduo doente. Atrás desse sintoma foram-se revelando outros problemas, comportamentos persistentes noutros membros da família. A família está em crise, está em stress e o seu equilíbrio é posto em causa. A família está a ser posta à prova relativamente à sua capacidade de adaptação.

No que diz respeito à questão da neutralidade, este é considerado um conceito e ideia chave em intervenções familiares, ou seja, o enfermeiro será aliado de todos e de nenhum (Jones, 2004).

O princípio da circularidade, um outro conceito chave, remete-nos para o tipo de intervenção que promove a mudança. Suportando-me no que o Modelo de Intervenção de Calgary refere, existem dois tipos de perguntas de intervenção: as questões lineares, ditas investigativas que nos permitem adquirir informação corrigindo comportamentos e as questões circulares, são as que poderão efetuar a mudança de comportamento. Assim, as perguntas de intervenção circulares lembram novamente, um outro conceito chave, a circularidade (Jones, 2004). Remetendo para as questões circulares mencionadas tanto por Jones (2004) como identificadas por Tomm e citadas por Wright & Lahey (2009), existem quatro tipos que são úteis na prática clínica com famílias e que são, as perguntas: de diferença, de efeito comportamental, hipotéticas e triádicas. Assim, durante o processo de intervenção foram utilizadas perguntas de intervenção em situações que se entenderam adequadas à sua aplicação tendo em conta a intencionalidade dos cuidados de enfermagem prestados à família assim como as suas fragilidades e forças. Assim sendo, foram mobilizadas questões circulares focalizadas nos efeitos comportamentais e questões reflexivas facilitadoras da construção de novas visões como questões que geram mudanças e que, integradas no

contexto das intervenções efectuadas, possibilitaram mudanças concretas no funcionamento familiar.

Para a execução das intervenções, supor-tei-me nas diretrizes do Modelo Dinâmico e Avaliação e Intervenção Familiar. As intervenções delineadas (Apêndice II) tiveram como objetivo o fortalecimento dos recursos da família, tendo em vista o bem-estar de todos os membros. Incidiram essencialmente na melhoria das capacidades familiares de resolução de problemas, incluindo perícias de comunicação assim como uma componente educacional sobre a doença tal como defendem Faloon et al (2002).

Este tipo de intervenção familiar tem sido defendida por vários autores. Bauml, Frobose, Kraemer, Rentrop & Pitschel-Walz (2006) defendem que a psicoeducação deve ser encarada como uma intervenção de âmbito psicoterapêutico denominando-a de “*psicoterapia básica específica*” e que os indivíduos com esquizofrenia e suas famílias podem e devem integrar grupos de psicoeducação tão precocemente quanto o consigam tolerar pois, diversos estudos demonstram uma maior eficácia das intervenções familiares de psicoeducação comparativamente a outros tratamentos habituais.

Pekkala & Merinder (2009) revelam que todos os estudos incluídos na revisão por eles efetuada sobre psicoeducação na esquizofrenia em grupo, incluíam membros da família. Evidenciam também que qualquer tipo de intervenção psico-educativa diminuí significativamente as taxas de recaída ou readmissão no seguimento de 9 a 18 meses em comparação com cuidados padrão.

Pereira, Xavier, Neves, Correa & Fadden (2006) evidenciam que é necessário atuar através de abordagens mais abrangentes, que mobilizem estratégias psicossociais focalizadas não somente no indivíduo psicótico, mas também na sua família. Assim, os mesmos autores referem que as intervenções familiares na esquizofrenia têm benefícios comprovados, com base na evidência científica e por isso importa incluir a família nos planos de tratamento e reabilitação. De acordo com McFarlane et al citados por Pereira, Xavier, Neves, Correa & Fadden (2006, p. 2) é concensual que os dois grandes objetivos fundamentais desta abordagem psicoeducativa são:

“ (...) 1. *Conseguir os melhores resultados clínicos e funcionais para a pessoa com doença mental, através de abordagens que integrem a colaboração entre profissionais de saúde, famílias e doente;* 2. *Aliviar o sofrimento dos membros da família, apoiando-os nos seus esforços para potenciar a reabilitação da pessoa doente de quem cuidam...*”

Uma vez que a intervenção familiar realizada, se centrou numa família com integração do indivíduo doente, segundo McFarlane et al citados por Pereira, Xavier, Neves, Correa & Fadden (2006) esta denomina-se intervenção unifamiliar. Segundo Fadden citado por Pereira, Xavier, Neves, Correa & Fadden (2006), este tipo de intervenção familiar é a única com efetividade documentada para famílias de elevada emoção expressa ou em que os indivíduos com esquizofrenia tenham tido vários surtos ou apresentem múltiplos sintomas, incapacidades e desvantagens sociais.

A avaliação dos resultados (Apêndice II) foi contínua e traduz as mudanças ocorridas no funcionamento familiar ao nível da dimensão cognitiva, afetiva e comportamental. A família demonstrou algumas alterações ao nível: do papel parental no que diz respeito à autonomia e confiança do familiar doente; da aquisição de novos conhecimentos sobre a doença; da forma de execução dos papéis familiares e das estratégias adoptadas; da comunicação entre todos os elementos da família e em relação ao familiar doente; da resolução de problemas familiares.

O resultado da aplicação do questionário de problemas familiares aos elementos a família, na avaliação de *follow-up*, revelou evidência de: **sobrecarga objetiva** (média: 1); **ajuda recebida** (média: 2); **sobrecarga subjetiva** (média: 2); **atitudes positivas** (média: 2) e **irrelevante criticismo** (média: 1). Relativamente à avaliação inicial verificou-se uma diminuição da carga objetiva (médida de 2 para 1) e uma diminuição da ajuda recebida (média 3 para 2), ainda que um dos elementos da família não tenha respondido ao questionário final. Os resultados apontam para uma redução da carga objetiva o que leva a inferir a efetividade da intervenção familiar.

A par da efetividade do plano de cuidados de enfermagem especializado e individualizado à família, ou seja da relação terapêutica estabelecida com a família, foi possível desencadear outros processos, nomeadamente de autoconhecimento. Para tal, contribuíram o registo das interações estabelecidas, as reflexões efetuadas e desencadeadas por mim, pela supervisora clínica e pelo orientador da escola, assim como de todos os momentos de partilha e reflexão em conjunto com a equipa de enfermagem comunitária.

Neste âmbito, considero que, com supervisão clínica foi possível ter consciência de processos de transferência e contratransferência ocorridos na relação terapêutica estabelecida, nomeadamente com um dos elementos da família (a mãe) e desencadear

em mim um processo de mudança. Tudo isto permitiu ter mais consciência de mim mesma e de cada elemento da família, na relação terapêutica estabelecida. Tomando consciência destes processos que interferem na relação terapêutica, refletindo sobre os mesmos foi possível desbloqueá-los e a partir daí aprofundar atitudes que são passíveis de promover a mudança em mim e nos familiares.

Postel citado por Phaneuf (2005) refere-se à transferência como sendo um processo complexo inconsciente pelo qual o indivíduo projeta, sobre o terapeuta, sentimentos e emoções provenientes do seu passado relativos às pessoas importantes da sua vida. Tomei então consciência do que estava a ser transferido.

Por outro lado, Phaneuf (2005) refere que a contratransferência é uma reação irrealista e disfuncional do terapeuta pois trata-se de sentimentos e emoções que este desenvolve face ao comportamento do indivíduo que é ajudado. Tomei consciência e refleti sobre o que eu própria contratransferi.

Na realidade, durante a relação terapêutica estabelecida com a família foi-me possível aprofundar as três atitudes/condições que facilitam o crescimento psicológico, também designado de transformação pessoal, segundo Rogers (2009) e que são: «congruência»; «consideração positiva incondicional»; compreensão por empatia.

Com o termo «congruência» *“procura-se significar que os sentimentos experimentados pelo terapeuta lhe estão disponíveis, disponíveis à sua consciência, e que ele é capaz de vivê-los, de ser esses sentimentos e essas atitudes, que é capaz de comunicá-los se surgir uma oportunidade disso”* (Rogers, 2009, p. 89). A partir do momento em que tomei consciência de mim mesma na relação terapêutica, ou seja, ouvi e aceitei o que se passava em mim, consegui tomar consciência dos meus sentimentos e de forma genuína transmiti-los e exprimi-los.

A «consideração positiva incondicional» *“trata-se de um sentimento positivo que se manifesta sem reservas e sem juízos de valor”* (Rogers, 2009, p. 90). Depois de desbloquear, ou seja de estar em congruência comigo mesma, consegui admitir realmente que a mãe era o sentimento que nela ocorria, aquando das interações. Comecei a aceitá-la na sua totalidade. Esta foi a transformação mais dolorosa ocorrida em mim. Dar este salto foi também possível devido à supervisão clínica.

A compreensão por empatia é *“quando o terapeuta é sensível aos sentimentos e às reacções pessoais que o paciente experimenta a cada momento, quando pode*

apreênde-los «de dentro» tal como o paciente os vê, e quando consegue transmitir com êxito alguma coisa de compreensão ao paciente” (Rogers, 2009, p. 90).

Através da compreensão por empatia ou seja, ao entrar no universo da mãe, sendo sensível à mobilidade e significação das suas vivências, permitiu-me tomar consciência de sentimentos que ainda não lhes eram claros, contudo respeitando o ritmo das suas próprias descobertas e mantendo uma abertura a tudo o que de novo pudesse surgir. Ao escutar com os sentidos tentei estar numa total disponibilidade de espírito de forma a escutar e a compreender as mensagens verbais e não verbais que emergiam no sentido de descobrir as emoções da mãe e dos outros elementos da família para poder evidenciá-las e servir de espelho emocional, de reflectir com, de oferecer a quem sofre a oportunidade de ter uma visão clara do seu estado mental. Ou seja, o aceitar genuinamente os outros de uma forma constante independentemente daquilo que revelarem sobre eles próprios, um respeito pela forma como estes conduzem o processo terapêutico assim como o reconhecimento dos seu direitos à diferença e à autonomia.

Quando me foi possível desbloquear barreiras internas foi então que integrei psicologicamente o espaço da relação terapêutica com a família.

2. 2. CONTEXTO HOSPITALAR

No âmbito do estágio hospitalar, integrei a equipa interdisciplinar da referida Unidade de Cuidados Paliativos e, num contexto da inevitabilidade da morte na família, dei enfoque à prevenção no risco do luto complicado das famílias.

Importa agora contextualizar a filosofia dos cuidados paliativos e a importância da prevenção no risco de luto complicado das famílias neste contexto.

Segundo Twycross (2001) os Cuidados Paliativos são entendidos como os cuidados ativos e totais prestados aos indivíduos com doenças que constituam risco de vida, e suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, num momento em que a doença do indivíduo já não responda aos tratamentos curativos ou que prolongam a vida.

A Organização Mundial de Saúde definiu Cuidados Paliativos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos indivíduos e suas famílias, que enfrentam o problema associado à doença com risco de vida, através da prevenção e do alívio do

sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação perfeita e gestão da dor e outros problemas, físicos, psicológico e espirituais (World Health Organization, 2006).

De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde e o Plano Nacional de Cuidados Paliativos (Direção Geral da Saúde, 2004) é importante ressaltar que os Cuidados Paliativos, entre outros aspetos:

- Promovem uma abordagem global e holística do sofrimento dos indivíduos, quer seja físico, psicológico, social ou espiritual, com prestação de cuidados interdisciplinares tanto para o indivíduo quanto para a família;
- Os Cuidados Paliativos devem ser oferecidos com base nas necessidades e não apenas no prognóstico e diagnóstico, pelo que podem ser introduzidos em fases mais precoces da doença, quando o sofrimento é intenso;
- Devem abranger as necessidades das famílias e cuidadores e prolongam-se pelo período de luto.

Assim, os Cuidados Paliativos têm por objetivo estabelecer um plano de cuidados integral ao indivíduo e família, com enfoque no controlo de sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais. Prevê-se que esta abordagem seja realizada por uma equipa interdisciplinar, que permita um apoio global, com vista à preservação do bem-estar e a qualidade de vida, estendendo-se este apoio para além da morte do indivíduo, no período de luto.

Segundo o Conselho Internacional de Enfermagem & Ordem dos Enfermeiros (2010, p. 13) *“os cuidados paliativos são ao mesmo tempo uma filosofia e um sistema altamente estruturado de cuidados.”* De acordo com esta afirmação, os cuidados paliativos são uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar, e apoiar ativamente os indivíduos em qualquer estadió da doença - desde o diagnóstico até à fase terminal - integrando a família também como alvo de cuidados da equipa interdisciplinar, quer durante a doença, quer no processo de luto, tendo em atenção o grau de sofrimento associado.

Como é possível constatar, o luto é então uma das áreas de intervenção da equipa de cuidados paliativos, contemplando os aspetos do luto preparatório do indivíduo e do luto antecipatório da família, bem como o acompanhamento de famílias/cuidadores em risco de luto complicado.

A revisão sistemática da literatura levada a cabo por Fonseca & Rebelo (2011) identificou a preparação para o luto como uma das necessidades de cuidados de

enfermagem do cuidador do indivíduo em fase terminal assim como concluí que a família apresenta diferentes necessidades que requerem uma intervenção personalizada do enfermeiro, através do estabelecimento de uma relação de ajuda de confiança. No âmbito dos cuidados paliativos destaca-se a importância do enfermeiro acompanhar a família ao longo do seu processo de luto pois esta debate-se com um grande sofrimento emocional e em simultâneo a necessidade de angariar forças para ajudar o seu familiar que se encontra em fim de vida. As intervenções de enfermagem dirigidas à família, identificadas na referida revisão sistemática da literatura, englobam: capacitação, conhecimento da família/cuidador; compreensão e no acompanhamento de um enfermeiro de referência; envolvimento nos cuidados; suporte emocional; informação e educação (Fonseca & Rebelo, 2011). Um dos estudos referenciados destaca, entre outras, as seguintes estratégias de suporte à família: “*a promoção de uma comunicação efectiva; (...); providenciar suporte existencial; preparar a família para a morte; permitir que a família participe na morte e providenciar suporte para o luto*” (Dunne, Sullivan & Kernohan citados por Fonseca & Rebelo, 2011, p. 183) .

O enfermeiro especialista em saúde mental, integrado na equipa interdisciplinar, tem aqui um papel ativo e interventivo. A Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos (2000) defende que, durante a doença e no fim da vida, o indivíduo e a família enfrentam um duplo constrangimento na sua relação: realizar um luto sobre o que já se perdeu e manter um apego ao que resta e surge sendo que, o enfermeiro em particular, pode ser mediador ao propor-se escutar as emoções ligadas ao luto, facilitar a procura de sentido e reforçar estratégias de adaptação.

É reconhecida a pertinência de profissionais de saúde mental ao nível da consultadoria e como membros das equipas interdisciplinar em cuidados paliativos, no sentido de se garantir um atendimento efetivo aos indivíduos e famílias ao longo do percurso da doença e em qualquer período de luto, com vista à prevenção do risco de luto complicado (Irwin & Ferris, 2008).

De seguida será efetuada uma descrição e análise reflexiva das atividades desenvolvidas neste contexto de estágio.

Durante o período de estágio estiveram internados na Unidade de Cuidados Paliativos, um total de 18 indivíduos. Os principais motivos de ingresso na Unidade foram: descontrolo sintomático e sobrecarga do cuidador. Foram identificadas cinco famílias

com risco de luto complicado e às quais foi efetuada intervenção sendo que, numa família, foi efetuada intervenção de forma mais prolongada.

As avaliações familiares tiveram por base o raciocínio clínico de enfermagem subjacente ao Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Uma vez que a avaliação inicial da família efetuada nesta Unidade integra informação relevante para a avaliação estrutural (genograma, ecomapa), desenvolvimental e funcional da família (caraterização do cuidador principal, percepção da família face ao diagnóstico/prognóstico da doença, impacto da doença terminal na família e identificação de necessidades da família), estes dados foram utilizados para a concretização da avaliação familiar. É de referir que não foi efetuada uma avaliação familiar tão completa como no estágio anterior, ou seja, não foram utilizados todos os recursos em termos de avaliação tais como, escalas, questionários uma vez que senti a necessidade de adaptar essa mesma avaliação ao contexto de cuidados paliativos. Esta opção prende-se com o facto de em contexto hospitalar ter havido dificuldade em intervir com a família como uma unidade familiar, isto porque, nem sempre foi possível reunir todos os elementos da família devido a indisponibilidades de tempo de alguns dos familiares. Contudo, neste contexto de cuidados de saúde a intervenção junto das famílias foi possível, mas com os elementos da família em tempos e periodicidades diferentes pois também as suas necessidades assim o exigiram.

Como avaliação complementar da família e com o objetivo da identificação dos fatores de risco de luto complicado da família, utilizei como referência os fatores de risco para o indivíduo adulto identificados por Barbosa (2010) assim como os fatores de risco para a criança/jovem identificados por Andrade & Barbosa (2010), referenciados no capítulo anterior. A escolha dos fatores de risco de luto complicado mencionados coincidem com os utilizados na respetiva Unidade de Cuidados Paliativos, o que facilitou a articulação e a interdisciplinariedade com a equipa que integrei. A escolha da utilização dos fatores de risco individual para o adulto e criança/jovem prende-se com o fato de poder ter instrumentos de suporte à identificação dos elementos da família em risco tendo a noção de que haverá diferentes respostas dentro da mesma família, a probabilidade dos familiares terem diferentes estilos de *coping* (estratégias de confronto), estarem em diferentes fases do processo de luto e poderem ter experiências únicas no significado da relação perdida. Estes dois aspetos remetem-me para o facto de haver necessidades individuais específicas, no entanto, enquadradas

no contexto da unidade familiar. Contudo, considerei também as variáveis que influenciam a adaptação da família à perda e que constituem os fatores de risco para o luto familiar complicado mencionados por Walsh & McGoldrick (1998).

Como forma de dar a conhecer as intervenções desenvolvidas neste contexto apresenta-se em apêndice um dos planos de cuidados às famílias, alvo de intervenção neste período de estágio (Apêndice III). O plano de cuidados à família que consta do referido apêndice foi o escolhido para exemplificar o processo de enfermagem desenvolvido em que foi oportuna a minha intervenção nos vários momentos da intervenção no luto. De acordo com Reverte & Rodrigues (s/d) os principais períodos de intervenção no processo de luto em Cuidados Paliativos são: antes da morte, durante a agonia e a morte; e após a morte. Em Cuidados Paliativos, o principal objetivo da intervenção no processo de luto é facilitar o processo de adaptação e evitar um luto complicado, a partir do momento em que há consciência da perda, ou seja, quando já está confirmado um diagnóstico com prognóstico de evolução desfavorável. Assim e relativamente à avaliação familiar, o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar prevê a existência de três dimensões principais: estrutural, desenvolvimento e funcional. Assim, no âmbito da avaliação estrutural, foi delineada a estrutura interna e externa da família, tendo como guião a matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar assim como, o auxílio de outros instrumentos, nomeadamente, o genograma e o ecomapa. Foi identificada a composição da família, os vínculos existentes entre a família e outros sub-sistemas como a família extensa (outros parentes) e os sistemas amplos (locais de trabalho, colegas de trabalho, amigos, ginásio). Da avaliação efetuada o tipo de família em análise é classificada de **família alargada**.

Na avaliação de desenvolvimento, foi efetuada a identificação da etapa do ciclo vital em que a família se encontra de acordo com Relvas citada por Figueiredo (2009, 2012) - **família com filhos adultos**, o que permitiu melhorar a compreensão contextual da família.

Por fim, na avaliação funcional a área de atenção foi o processo familiar. As várias dimensões do processo familiar avaliadas (comunicação familiar, *coping* familiar, interação de papéis familiares, relação dinâmica e crenças familiares) permitiram uma compreensão aprofundada das relações e interações entre os membros da família e a identificação de necessidades de mudança neste nível do funcionamento familiar.

Face aos dados obtidos com a avaliação familiar procedeu-se à enunciação de diagnósticos de enfermagem que corresponderam à identificação das forças da família em conjugação com o reconhecimento das suas necessidades ou problemas.

Os diagnósticos de enfermagem enunciados (Apêndice III) compreenderam a dimensão estrutural. Assim, o diagnóstico de enfermagem enunciado para a família como unidade de intervenção prendeu-se com o **processo familiar** que se encontrava **disfuncional**. No entanto, foram enunciados diagnósticos de enfermagem direccionados a cada um dos indivíduos da família, nomeadamente, o risco de luto complicado.

Para a execução das intervenções, supor-tei-me nas diretrizes do Modelo Dinâmico e Avaliação e Intervenção Familiar. As intervenções delineadas (Apêndice III) tiveram como objetivo o fortalecimento dos recursos da família, tendo em vista o bem-estar de todos os membros.

Nesta família, a minha intervenção iniciou-se na conferência familiar de acompanhamento agendada com a família. Foram definidos como objetivos da conferência familiar a atualização do estado de saúde do familiar e validação/despiste de fatores de risco de luto complicado na família, nomeadamente, sentimentos de culpa associados, entre outros. Na conferência familiar emergiu a necessidade de acompanhamento semanal da mãe, na fase final da visita ao filho. A mãe, é uma senhora de 78 anos que vive sózinha. A avaliação efetuada, relativamente aos fatores de risco individuais associados, prediz que esta idosa tem um elevado risco de desenvolver um luto complicado pois reúne uma série de fatores de risco de acordo com os critérios definidos por Barbosa (2010). Apresenta intenso sofrimento em inúmeras situações vividas aquando da visita à Unidade, revela acumulação de perdas (lutos em actualização/mal resolvidos entre os quais: mãe aos 10 anos de idade; esposo há 9 anos e neto há 3 anos). Apresenta alterações do padrão do sono mas não quer fazer medicação pois associa uma experiência anterior traumatizante quando perdeu controlo de esfinter urinário. Refere também que foi acompanhada por uma equipa de saúde mental (psiquiatria e psicólogo), aquando da morte do neto. Revelou “vizualizar olhos” (pseudo-alucinações) que se dirigem a ela mas que não a assustam o que poderá indicar a existência de uma perturbação psiquiátrica associada a luto patológico devido aos lutos anteriores não resolvidos, pela presença de culpa persecutória. No sentido de uma maior compreensão, em termos teóricos, foi

importante aprofundar o estudo dos aspetos relacionados com o luto normal e patológico e que se prendem com o tipo de culpa associados.

Para Grinberg (2000, p. 151), *“no luto normal, opera a culpa depressiva tendente a conseguir a reparação dos objectos, enquanto que no luto patológico predomina a culpa persecutória, que transforma os objectos em persecutórios, impedindo a sua restauração.”*

A intervenção junto desta idosa pautou-se pelo estabelecimento de uma relação de ajuda, em que foi utilizado um mediador de expressão – a fotografia, na elaboração da história de vida com integração de uma intervenção de âmbito psicoterapêutico – a reminiscência.

Puentes (2004) refere a eficácia do recurso à história de vida nas intervenções psicoterapêuticas realizadas, pelos enfermeiros especialistas em saúde mental, com idosos. Também Kleckner (2004) menciona as potencialidades da história/revisão de vida pois permite aos indivíduos processar psicologicamente experiências significativas que podem provocar problemas emocionais ou conflitos que têm sido contidos durante décadas. Sendo que no idoso o objetivo desta reflexão é que a sua história de vida lhe faça sentido permitindo-lhe a reconciliação com os seus problemas emocionais de forma a levar à aceitação pacífica das suas presentes condições.

Por outro lado, Kleckner (2004) baseando-se na revisão da literatura, refere que é mais fácil expressar sentimentos individuais, pensamentos e fantasias evocadas por fotos, pois o medo relacionado com a verbalização direta é eliminado e as defesas psicológicas comuns são contornadas. Ou seja, a fotografia é um mediador poderoso pois permite o acesso ao inconsciente e que o mesmo se torne consciente. Assim, Kleckner (2004) enumera algumas vantagens da utilização da fotografia com idosos, nomeadamente: melhora a auto-expressão; estimula sentimentos intelectuais, físicos e emocionais; constrói a auto-confiança e auto-estima; promove o reconhecimento das vantagens pessoais; melhora habilidades de resolução de problemas; fortalece o controle sobre o ambiente; impede o isolamento. Quando o objetivo pessoal é atingido, é uma conquista que aumenta a auto-estima, a dignidade, a auto-eficácia e melhora a qualidade de vida.

Flood & Phillips (2007) referem-se à reminiscência como uma intervenção criativa com idosos, sendo uma das formas mais estudadas da atividade criativa. Embora não seja habitualmente considerada uma atividade criativa, a reminiscência tem algumas das

suas características. Na reminiscência, estão implícitos processos cognitivos e emocionais relacionados com a concepção de soluções significativas relativas a problemas passados que, lembradas por idosos podem ser identificadas como estratégias inovadoras de resolução de problemas que lhes permitam sobreviver a tempos difíceis. Por outro lado, esta dinâmica pode permitir aos idosos lembrar o passado e reformular acontecimentos de vida. O resultado desta experiência pode, ao mesmo tempo, transformar conflitos passados em produtos mais estáveis e criativos.

Relativamente aos outros membros da família foi efetuado o dispiste de fatores de risco para o luto complicado que se confirmaram e efetuado suporte emocional individual de acordo com as necessidades identificadas.

A avaliação dos resultados (Apêndice III) foi contínua e traduz algumas das mudanças ocorridas no funcionamento familiar ao nível da dimensão cognitiva, afetiva e comportamental. A família demonstrou algumas alterações ao nível: da comunicação entre todos os elementos da família e em relação ao familiar doente; da resolução de problemas familiares. A família identificou o suporte emocional recebido como um aspeto primordial nesta fase da vida familiar e face à adaptação/preparação para a morte no seio da família.

Considero que se constituíram como estratégias chave para a preparação da família face à morte: a figura de enfermeiro de referência no processo de luto desta família; a constante atualização da informação face ao estado clínico do familiar doente; o fortalecimento da comunicação e a gestão dos conflitos intrafamiliares.

A par da relação terapêutica estabelecida com esta família, dei-me conta de mecanismos de identificação projetiva, elaborados por mim, ou seja, identifiquei aspetos físicos na idosa referentes à minha avó paterna já falecida e dei comigo a confirmar que o filho tinha o mesmo nome do meu pai. A identificação projetiva descrita por M. Klein e citada por Grinberg (2000, p. 234) *“é o mecanismo pelo qual o sujeito projecta (ou seja, coloca ou atribuí) aspectos ou partes próprias noutra pessoa ou objecto.* O facto de me ter dado conta deste fenómeno permitiu-me refletir sobre o mesmo e evitar que isso interferisse na intervenção junto da família. O ter consciente estes aspetos foi para mim um passo importante em termos de crescimento pessoal e profissional. Enfim, a relação centrada na pessoa permite o crescimento em conjunto e tem implicações para a vida familiar. Rogers (2000) refere que: o indivíduo expressa de

uma maneira mais plena os seus sentimentos reais em relação tanto aos membros da família como com outras pessoas; o indivíduo descobre que as relações podem ser vividas numa base real; há uma melhoria na comunicação nos dois sentidos; os indivíduos manifestam tendência em permitir a cada membro da família ter os seus próprios sentimentos e ser uma pessoa independente.

2.3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio na sua globalidade foi norteado pelo seguinte objetivo geral: desenvolver competências especializadas em enfermagem de saúde mental, ao nível da prevenção no risco de luto complicado das famílias. Para a consecução deste objetivo foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

1. Promover processos de auto-conhecimento, consciência de mim mesma e de desenvolvimento pessoal e profissional através de vivências decorrentes da intervenção no risco luto complicado das famílias;
2. Treinar a concepção e aplicação do plano de cuidados especializado e individualizado de enfermagem de saúde mental, à família, no âmbito da prevenção no risco de luto complicado;
3. Experimentar intervenções de âmbito psicoterapêutico pertinentes para a prevenção no risco de luto complicado das famílias.

Diria que, de acordo com os objetivos específicos estabelecidos para o estágio estes foram alcançados pois treinei a concepção e aplicação do plano de cuidados especializado e individualizado de enfermagem de saúde mental, à família e, experimentei intervenções de âmbito psicoterapêutico pertinentes. O que permite-me afirmar a aquisição das seguintes competências de enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental (Regulamento nº129/2011, p. 8670):

“b)Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos, e comunidade na optimização da saúde mental;

c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.

d)Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida mobilizando o contexto e a

dinâmica individual, familiar, de grupo, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.”

Por outro lado, o processo de reflexão desencadeado do ponto de vista do autoconhecimento transporta-me para uma das competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Mental definidas pela Ordem dos Enfermeiros e que tem como enunciado: “a) *detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento pessoal e profissional*” (Regulamento nº 129/2011, p. 8670).

Fazendo um balanço final do estágio comunitário, considero que o caminho percorrido, em termos de autoconhecimento foi estruturante tanto em termos pessoais como profissionais assumindo-o como um processo de certa forma doloroso, de confronto com as minhas barreiras internas mas que de uma forma mais intensa evidenciou a aquisição de competências neste âmbito. Senti que fiquei diferente pois reconheço que houve mudanças, crescimento em termos de estar na relação terapêutica, no entanto tenho a plena noção do grande caminho que ainda tenho que percorrer.

Estes processos de desenvolvimento pessoal permitem melhorar a qualidade dos cuidados que se prestam, pois significa ter a capacidade de tomar consciência da própria experiência, avaliá-la, verificá-la, corrigi-la, pois é expressão da busca pelo desenvolvimento, pela maturidade com vista à autonomia e responsabilidade, como diria Rogers e Kingt citados por Rispaill (2003).

Promover processos de auto-conhecimento, consciência de mim mesma e de desenvolvimento pessoal e profissional através de vivências decorrentes da intervenção familiar implica: evidenciar a capacidade de auto-conhecimento, através de processos de reflexão desencadeados por mim, pelos meus pares e docente orientador; reflectir sobre fenómenos de transferência e contra-transferência presentes; identificar emoções, sentimentos e valores que tenham emergido e reflectir sobre a gestão do setting e dos limites terapêuticos.

Por outro lado, importa referir que o estágio comunitário foi a rampa de lançamento para a consolidação da intervenção como enfermeira de saúde mental e psiquiátrica ao nível da prevenção no risco de luto complicado das famílias pois, compreendi o impacto do diagnóstico de doença mental grave no sistema familiar e que intervenções se podem desenvolver no sentido de favorecer processos adaptativos na família. Contudo, como a equipa comunitária iniciou recentemente um processo de intervenção com as famílias confrontei-me com alguns constrangimentos iniciais em termos de

aprendizagem face à abordagem da família mas que se transformaram rapidamente em oportunidades. Isto porque, permitiu trazer para o espaço da consulta de enfermagem um outro raciocínio clínico de enfermagem em termos da abordagem da família, refiro-me ao Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, o que me permitiu com autonomia desencadear todo um planeamento das sessões com este olhar. Encontro como pontos fortes o facto de entre os elementos da equipa haver formação em terapia familiar sistémica e recentemente em terapia familiar comportamental o que permitiu esclarecer e clarificar alguns aspetos, conceitos e estratégias de atuação face ao que nas sessões familiares ía surgindo.

Fazendo um balanço final deste estágio hospitalar, considero que o caminho percorrido me permitiu a aquisição de competências de enfermagem na área de especialização em saúde mental e psiquiátrica no que concerne à prevenção no risco de luto complicado das famílias. Este estágio permitiu-me a avaliação do risco de luto complicado das famílias tendo em conta parâmetros de avaliação individual e do ponto de vista da unidade familiar assim como a intervenção junto das mesmas. É de referir que não foi efetuada uma avaliação familiar tão completa como no estágio anterior, ou seja, não foram utilizados todos os recursos em termos de avaliação tais como, escalas, questionários uma vez que senti a necessidade de adaptar essa mesma avaliação ao contexto de cuidados paliativos. Isto implicou uma adaptação na avaliação e intervenção familiar sugerida pelo Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar devido à dificuldade em reunir e intervir com a família ao mesmo tempo. Contudo, neste contexto de cuidados de saúde a intervenção junto das famílias foi possível, mas com os elementos da família em tempos e periodicidades diferentes pois também as suas necessidades assim o exigiram.

Considero que as famílias podem e devem ser integradas como parceiras e intervenientes dos cuidados, tendo em conta a especificidade de cada contexto de saúde, numa perspetiva de globalidade, articulação e continuidade entre todos os intervenientes do processo tal como referem Christensen & Alexander (1993) citados por Figueiredo (2009). Considero que o Modelo utilizado como orientador da minha prática em contexto de estágio foi mais adequado relativamente ao contexto comunitário e com as devidas adaptações, efetivado também em estágio hospitalar.

Este sentir vai ao encontro do que Figueiredo (2009, p. 65) refere, citando Stanhope & Lancaster (1999) assim como Friedman (1998):

“A prática de cuidados de enfermagem às famílias requer uma prática integrativa e autónoma, que se caracteriza pelo contacto próximo e continuado com as mesmas, cujo contexto preferencial consideramos ser os Cuidados de Saúde Primários pelas suas características de proximidade, globalidade e continuidade que permite a manutenção do contacto com as famílias no seu percurso evolutivo.”

De outra forma também Figueiredo (2009) defende que a possibilidade de acompanhar as famílias no seu contexto, permite maior eficácia nas intervenções desenvolvidas e maiores ganhos em saúde para as famílias, apesar de concordar com Friedman (1998), quando refere que os cuidados às famílias podem ser desenvolvidos em qualquer contexto de saúde.

Do ponto de vista ético, coloca-se a escolha de determinadas famílias em detrimento de outras, no entanto impõe-se também a capacidade de seguimento pela equipa após o terminum do estágio. Por outro lado, a escolha das famílias a intervir foi devidamente fundamentada pela evidência científica no que concerne aos critérios de intervenção e à eficácia da intervenção quando se trata tanto de uma família que está numa fase recente de adaptação face a uma doença mental grave no seu seio, assim como nas famílias em que existe risco de luto complicado confirmado.

Do ponto de vista da avaliação de follow-up, o tempo entre o decorrer da intervenção e a altura da avaliação num contexto de estágio está limitado pelo tempo, ou seja, no que concerne à avaliação da intervenção efetuada no sentido da prevenção de luto complicado só seria possível avaliar a sua efetividade ao fim de seis meses pois é quando é possível avaliar os critérios de luto complicado/prolongado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direcção Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Andrade, T., & Barbosa, A. (2010). Luto Infantil. In A. Barbosa, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (2nd ed., pp. 533-561). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Barbosa, A. (2010). Processo de Luto. In A. Barbosa, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 487-532). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Basteiro, S., Gil, C. M., & Marín, R. (2007). *Guia para Familiares de Doentes Mentais - Edição Portuguesa*. Lisboa: Federação Nacional das Associações de Famílias Pró-Saúde Mental.
- Bauml, J., Frobose, T., Kraemer, S., Rentrop, M., & Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: a Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients with Schizophrenia and Their Families. *Schizophrenia Bulletin*, 32(S1), pp. S1-S9.
- Brito, M. L. (2006). Intervenções Psicoeducativas para Famílias de Pessoas com Esquizofrenia-uma revisão "quasi-sistemática" da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 5, pp. 15-24.
- Coentre, R., Levy, P., & Figueira, M. L. (2011). Intervenção Precoce na Psicose: Primeiro Episódio Psicótico e Período Crítico. *Acta Médica Portuguesa*, 24, pp. 117-126.
- Collins, A. A. (2003). Intervenção Familiar nas Fases Iniciais da Esquizofrenia. In R. B. Zipursky, & S. C. Schulz, *As Fases Iniciais da Esquizofrenia* (pp. 131-150). Lisboa: Climepsi.
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. (2007). *Relatório Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007/2016*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Conselho Internacional de Enfermeiros; Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Cuidados Paliativos para uma Morte Digna - Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Decreto Lei nº 101/2006 de 6 de Junho. (2006). *Diário da República - I Série, Nº 109*.

- Decreto-Lei N.º 8/2010 de 28 de Janeiro. (2010). *Diário da República 1ª série, Nº 19*.
Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei nº 35/99 de 5 de Fevereiro. (1999). *Diário da República -I Série A, Nº 30*.
Ministério da Saúde.
- Delalibera, M. A. (2010). *Adaptação e Validação Portuguesa do Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado - Prolonged Grief Disorder (PG-13) - Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos (6ª edição)*. Lisboa: Universidade de Lisboa - Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Despacho nº 1345/2010 de 20 de Janeiro. (2010). *Diário da República, 2.ª série — N.º 13*.
- Despacho nº 13755/2010 de 27 de Agosto. (2010).
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (Janeiro de 2011). *Regulamento do Mestrado em Enfermagem*. Lisboa.
- Fallon, I., Mueser, K., Gingerich, S., Rapaport, S., McGill, C., Graham-Hole, V., & Fadden, G. (2002). *Terapia Familiar Comportamental - Manual: Versão Portuguesa*. Lisboa: Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mental - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.
- Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar - dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.
- Flood, M., & Phillips, K. (2007). Creativity in Older Adults: A Plethora of Possibilities. *Mental Health Nursing*, 28, pp. 389-411.
- Fonseca, J. F., & Rebelo, T. (jan-fev de 2011). Necessidades de cuidados de enfermagem do cuidador da pessoa sob cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), pp. 180-184. Obtido em 17 de Julho de 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a26.pdf>
- Forte, A. L., Hill, M., & Feudtner, R. C. (2004). Bereavement care interventions: a systematic review. *BMC Palliative Care* 3:3. Obtido em 27 de Julho de 2012, de <http://www.biomedcentral.com/1472-684X/3/3>
- Grinberg, L. (2000). *Culpa e Depressão*. Lisboa: Climepsi.

- Irwin, S. A., & Ferris, F. D. (2008). The opportunity for Psychiatry in Palliative Care. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(11), 713-724.
- Jones, E. (2004). *Terapia dos Sistemas Familiares* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Kleckner, C. (2004). A Meaningful Entrance: Photo Therapy as a Psychotherapeutic Intervention. *Journal of Psychosocial Nursing*, 42(11), 22-28.
- Lei nº 36/98 de 24 de Julho. (1998). *Lei da Saúde Mental. Diário da República-I Série A, Nº 169*. Assembleia da República.
- Nabais, A. (2008). Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: âmbito e contextos. *Ordem dos Enfermeiros*, 30, pp. 38-43.
- Olson, D. H., Bell, R., & Portner, J. (1992). FACES II. In D. H. Olson, *Family Inventories Manual*. Minneapolis, MN: Life Innovations.
- Organização Mundial de Saúde. (2001). *Relatório Mundial de Saúde - Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Pekkala, E. T., & Merinder, L. B. (2009). Psychoeducation for schizophrenia (Review). *Cochrane Review*.
- Pereira, M. A. (2008). *Comunicação de Más Notícias e Gestão do Luto*. Coimbra: Formasau.
- Pereira, M. G., Xavier, M., Neves, A., Correa, B., & Fadden, G. (2006). Intervenções Familiares na Esquizofrenia - Dos Aspectos Teóricos à Situação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 19, pp. 1-8.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S., Reynolds, C. F., Shear, M. K., Day, N., . . . Jacobs, S. (Maio de 1997). Traumatic Grief as a Risk Factor for Mental and Physical Morbidity. *AMJ Psychiatry* 154:5, pp. 616-623. Obtido em 27 de Julho de 2012, de <http://ajp.psychiatryonline.org/data/Journals/AJP/3676/616.pdf>
- Puentes, W. J. (2004). Cognitive therapy integrated with life review techniques: an eclectic treatment approach for affective symptoms in older adults. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 84-89.
- Regulamento nº 129/2011. (18 de Fevereiro de 2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Diário da República 2ª Série, nº 35.

- Relvas, A. P. (1999). *Conversas com Famílias - Discursos e perspectivas em terapia familiar*. Porto: Edições Afrontamento.
- Reverte, M. A., & García, R. E. (s.d.). *Guías Médicas de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos*. Obtido de SECPAL: http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see_guia&id_guia=1
- Rispail, D. (2003). *Conhecer-se Melhor para Melhor Cuidar: Uma abordagem ao desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos. (2000). *Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos - «Cuidar»: ética e práticas*. Loures: Lusociência.
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Twycross, R. (2001). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi.
- Walsh, F., & McGoldrick, M. (1998). A Family Systems Perspective on Loss. Recovery and Resilience. In P. Suctcliffe, G. Tufnell, & U. Cornish, *Working with the Dying and the Bereaved*. (pp. 1-26). London: MacMilan Press Ltd. Obtido de http://www.amazon.com/Working-Dying-Bereaved-Approaches-Therapeutic/dp/0415919932#reader_041591993
- Worden, J. W. (1998). *Terapia do Luto: Um manual para profissionais de saúde mental* (2ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- World Health Organization. (2006). *WHO Definition of Palliative Care*. Obtido em 24 de Julho de 2011, de World Health Organization: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html>
- Wright, L. M., & Leahey, M. L. (2009). *Enfermeiras e Famílias* (4ª ed.). São Paulo: Roca.
- Xavier, M., Pereira, M. G., Corrêa, B. B., & Almeida, J. M. (2002). Questionário de Problemas Familiares: Desenvolvimento da Versão Portuguesa de um Instrumento de Avaliação da Sobrecarga Familiar. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(2), pp. 165-177.

ANEXOS

APÊNDICES