Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Relatório Final de Estágio

Ana Teresa Alves Quaresma Rodrigues Primo

Coimbra, maio de 2025

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Relatório Final de Estágio

Literacia dos Cuidadores Informais e sua influência nos cuidados à pessoa com doença mental

Ana Teresa Alves Quaresma Rodrigues Primo

Orientadora: Doutora Rosa Maria Pereira Simões, Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Relatório Final de Estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Coimbra, maio de 2025

AGRADECIMENTOS

Agradeço profundamente a todos os que apoiaram na concretização desta etapa.

À Senhora Professora Doutora Rosa Simões, pela orientação, apoio e motivação ao longo do percurso formativo.

A todos os enfermeiros especialistas que me acompanharam e foram fundamentais neste processo, bem como aos restantes elementos das equipas pela possibilidade de realização de estágio nestas unidades e pela sua orientação, apoio, incentivo, desafios e partilha de conhecimento ao longo dos últimos meses.

À amiga Susana Ferreira pela sua disponibilidade, prontidão, motivação, paciência, incentivo e apoio constante em ler os meus trabalhos vezes sem conta.

Aos meus amigos, por estarem sempre presentes, compreendendo as ausências e acreditando em mim. A toda a minha família, pela força transmitida, incentivo, confiança, por todo o suporte, dedicação e preocupação.

Muito obrigada!

RESUMO

O presente Relatório apresenta-se como trabalho final de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. É composto por duas partes principais: Relatório de Estágio, que apresenta uma reflexão crítica de como foram adquiridas as competências de enfermeiro especialista, nomeadamente em saúde mental e psiquiátrica; e *Scoping Review* (SC), que incide sobre o tema "Literacia dos cuidadores informais (CI) e a sua influência nos cuidados à pessoa com doença mental: *Scoping Review*".

O objetivo do Relatório Final de Estágio é refletir sobre as práticas baseadas em evidência e a aquisição de competências especializadas. Pretende-se, ainda, o desenvolvimento de competências de investigação, através da realização de uma SC, cujo objetivo é mapear as intervenções dirigida aos CI, em termos de Literacia em saúde mental (LSM); conhecer a influência da LSM nos CI, no que diz respeito aos cuidados à pessoa com doença mental e caracterizar as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Mental (EESMP) no aumento da LSM dos CI.

Recorre-se a uma prática descritiva e reflexiva no primeiro capítulo, no que concerne aos locais de estágio. Posteriormente, com base no trabalho de campo realizado nos estágios, procedeu-se a uma pesquisa e síntese de literatura para o projeto de estudo, a fim de dar resposta à questão de investigação: “quais as intervenções de promoção da LSM implementadas em CI, que influenciam os cuidados à pessoa com doença mental?”. Para seleção dos estudos (pesquisados com base nos critérios PCC), recorreu-se ao fluxograma PRISMA, tendo sido consultadas as bases de dados MEDLINE e CINAHL (via EBSCOhost) e PubMed, através da definição das palavras-chave: “Cuidador Informal”; “Intervenções em enfermagem”; “Literacia em saúde mental”. O horizonte temporal decorre no intervalo 2018-2023.

Considera-se que o presente Relatório evidencia a transladação dos conhecimentos adquiridos em contexto académico para a prática, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, prestados com base em evidência científica.

Palavras-Chave: Cuidador Informal; Intervenções em enfermagem; Literacia em saúde mental; Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Mental.

ABSTRACT

This Report is presented as the final work for the Master's degree in Mental Health and Psychiatric Nursing at the Nursing School of Coimbra. It consists of two main parts: the Internship Report, which provides a critical reflection on how the competencies of a specialist nurse, particularly in mental health and psychiatry, were acquired; and the Scoping Review (SR), which focuses on the topic "Health Literacy of Informal Caregivers (IC) and its Influence on Care for People with Mental Illness: Scoping Review."

The objective of the Final Internship Report is to reflect on evidence-based practices and the acquisition of specialized skills. Additionally, it aims to develop research competencies through the execution of an SR, whose goal is to map interventions for ICs in terms of Mental Health Literacy (MHL); define the influence of MHL on ICs regarding care for people with mental illness; and characterize the interventions of Specialist Nurses in Mental Health and Psychiatric Nursing (SNMHPN) in enhancing ICs' MHL.

A descriptive and reflective approach is used in the first chapter concerning the internship locations. Subsequently, based on fieldwork conducted during internships, a literature search and synthesis were carried out for the study project to address the research question: "What are the MHL-promoting interventions implemented for ICs that influence care for people with mental illness?" For study selection (based on PCC criteria), the PRISMA flowchart was used, consulting databases such as MEDLINE and CINAHL (via EBSCOhost) and PubMed, with keywords defined as "Informal Caregiver," "Nursing Interventions," and "Mental Health Literacy." The time frame considered spans from 2018 to 2023.

It is considered that this Report demonstrates the translation of knowledge acquired in an academic context into practice, contributing to the continuous improvement of Mental Health and Psychiatric Nursing care provided based on scientific evidence.

Keywords: Informal Caregiver; Nursing Interventions; Mental Health Literacy; Specialist Nurse in Mental Health Nursing

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CI – Cuidadores Informais

CP – Cuidados Paliativos

DGS – Direção-geral da Saúde

DM – Doença Mental

DMG – Doença Mental Grave

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EESMP – Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ISS – Instituto da Segurança Social

JBI – *Joanna Briggs Institute*

LSM – Literacia em Saúde Mental

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCC – População, Conceito, Contexto

PRISMA – *Systematic reviews and Meta-Analyses*

PRISMA-SR – *Extension for Scoping Reviews*

SR – *Scoping Review*

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Estratégia de Pesquisa……..65

Figura 2. Processo de seleção dos artigos a incluir na SR – Fluxograma PRISMA……67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Método PCC do estudo de investigação.……63

Tabela 2. Critérios de inclusão e exclusão dos artigos…….……63

Tabela 3. Pesquisa bibliográfica recorrendo à totalidade das palavras-chave…….64

Tabela 4. Lista Ordenada dos artigos científicos selecionados ……..…….68

Tabela 5. Resumo do artigo nº 1……..68

Tabela 6. Resumo do artigo nº 2……..70

Tabela 7. Resumo do artigo nº 3……..72

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 18

PARTE I - RELATÓRIO DE ESTÁGIO: PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM 20

1. REFERENCIAL TEÓRICO 20

2. CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA 24

2.1. CONTEXTO COMUNITÁRIO 24

2.2. CONTEXTO HOSPITALAR 24

2.3. CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS 26

3. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO .28

3.1. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA 28

3.1.1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional 28

3.1.2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental 30

3.1.3. 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 33

3.1.4. Presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde 39

3.2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA 44

3.2.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal 44

3.2.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade 45

3.2.3. Competências do domínio da gestão de cuidados 46

3.2.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais 47

PARTE II - LITERACIA DOS CUIDADORES INFORMAIS E SUA INFLUÊNCIA NOS CUIDADOS À PESSOA COM DOENÇA MENTAL: SCOPING REVIEW 50

1. CUIDADORES INFORMAIS.....50

1.1. LITERACIA EM SAÚDE MENTAL.....52

1.2. CUIDADOS À PESSOA COM DOENÇA MENTAL.....54

1.3. CUIDADOS AOS CUIDADORES INFORMAIS.....59

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO 62

2.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....62

2.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVO.....62

2.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO 63

2.4. ESTRATÉGIA DE PESQUISA.....64

2.5. SELEÇÃO DA EVIDÊNCIA 66

2.6. EXTRAÇÃO E SÍNTESE DE DADOS.....67

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS 68

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 74

4.1. LIMITAÇÕES.....79

5. SÍNTESE FINAL 82

CONCLUSÃO 86

BIBLIOGRAFIA 88

APÊNDICES

APÊNDICE I – Projeto “CUIDAR SEM STRESS”

APÊNDICE II – Projeto “Construção de Legado em Cuidados Paliativos – instrumento promotor da dignidade na pessoa internada e cuidador informal.”

APÊNDICE III – Projeto “Preparação para a Alta”

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, a decorrer no último semestre do ciclo de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), sob a orientação da Senhora Professora Doutora Rosa Simões, foi proposta a elaboração do presente relatório.

Com a frequência desta Unidade Curricular espera-se que o estudante desenvolva as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) e as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista através da concretização dos objetivos definidos para cada uma das componentes que integram esta unidade curricular: estágio de natureza profissional, que se desenvolve em três contextos clínicos distintos – contexto comunitário, contexto de hospitalar e em contexto de respostas diferenciadas culminando no relatório final de estágio (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra [ESEnfC], 2023).

A elaboração deste relatório tem como objetivos principais: realizar uma reflexão crítica sobre o processo de ensino-aprendizagem; aplicar os conhecimentos, competências e atitudes adquiridos no âmbito das metodologias de investigação em enfermagem, designadamente na área de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica; adotar um discurso próprio da disciplina, com rigor científico, transmitindo conclusões, ideias e raciocínios de forma clara e precisa; e, por fim, desenvolver um relatório focado na aquisição de competências profissionais especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Este documento deve descrever as intervenções realizadas em situações complexas nos diferentes contextos de estágio, bem como incluir o projeto de estudo, respeitando os elementos essenciais que caracterizam um relatório de investigação (ESEnfC, 2023).

Foram realizados três estágios de natureza profissional em três contextos de saúde distintos. O estágio de comunidade foi realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade; contexto hospitalar no Serviço de subagudos/doenças afetivas; contexto de respostas diferenciadas no serviço de Cuidados Paliativos.

O interesse pela área advém da necessidade emergente de adquirir e consolidar conhecimentos relativos à especialidade, consequência das experiências pessoais prévias, e da prática profissional em saúde mental. Tendo em conta a importância da vertente da promoção da saúde mental, é urgente não descurar os Cuidadores Informais (CI) uma população que tem vindo a aumentar segundo dados do Instituto da Segurança Social (ISS), relativos a dezembro de 2024 é de 16,335 o total de CI enquanto o número total de

cuidadores em janeiro de 2022 é de 6,077 o que representa um aumento 10,258 pessoas com o estatuto de CI (Instituto da Segurança Social, 2025).

As doenças mentais constituem patologias de elevada complexidade e, em determinados casos, de gravidade significativa, sendo reconhecidas como a principal causa de incapacidade entre indivíduos e figurando entre as principais etiologias de morbilidade a nível global. O CI caracteriza-se como um elemento da rede social do indivíduo doente que, não sendo remunerado pelo desempenho das suas funções, mantém uma relação de proximidade e relevância com o doente. O exercício da prestação de cuidados implica uma responsabilidade acrescida e exige a gestão de múltiplas tarefas e esforços, ultrapassando as capacidades do cuidador para as executar de forma eficaz. Dificuldades como o acesso e compreensão de informação relativa à doença e aos tratamentos, a comunicação com profissionais de saúde, familiares e o próprio doente, bem como a gestão do stress e das emoções, encontram-se associadas a níveis reduzidos de literacia em saúde mental, podendo comprometer não só o bem-estar e a saúde do doente, mas também o equilíbrio e a saúde do próprio CI.

Relativamente ao componente de investigação de enfermagem, o Projeto de Estudo incorpora uma *scoping review* (SR), que pretende dar resposta à seguinte questão de investigação: Quais as intervenções de promoção da literacia em saúde mental (LSM) implementadas em CI, que influenciam os cuidados à pessoa com doença mental? O objetivo é identificar as intervenções de promoção da LSM implementadas em CI, que influenciam os cuidados à pessoa com doença mental. Para seleção dos estudos, que foram pesquisados com base na estratégia de pesquisa: População, Conceito, Contexto (PCC), recorreu-se ao fluxograma PRISMA onde espelha o processo de seleção e inclusão dos estudos, nas bases de dados MEDLINE e CINAHL (via EBSCOhost) e Pubmed

Relativamente à estrutura, o presente relatório encontra-se dividido em duas partes principais: a primeira, referente à prática especializada em ESMP; a segunda, referente à SR. No que concerne à parte I - relatório de estágio: prática especializada, abordam-se três tópicos principais: referencial teórico, contextos de prática clínica e uma reflexão sobre as competências adquiridas e desenvolvidas em contexto de estágio. A parte II - Literacia dos cuidadores informais e sua influência nos cuidados à pessoa com doença mental: SR -, subdivide-se em cinco momentos. Inicia com o estado de arte, segue o enquadramento metodológico, a apresentação dos resultados, a discussão dos mesmos e a síntese final.

PARTE I - RELATÓRIO DE ESTÁGIO: PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

1. REFERENCIAL TEÓRICO

Peplau (1990) define enfermagem como um processo significativo, terapêutico e interpessoal que visa promover a saúde das pessoas e comunidades através do desenvolvimento da personalidade com vista a alcançar progressos a nível criativo, construtivo, produtivo, pessoal e comunitário. As relações interpessoais que estão implícitas no cuidar requerem uma abordagem diferenciada no âmbito do paradigma da complexidade. Estas são caracterizadas pela complexidade dos cuidadores, dos utentes, das famílias, dos contextos e das situações em si.

O cuidar em Enfermagem, como referido por Meleis (2010), está intimamente ligado às experiências de vida e seus significados, à saúde, à doença e às implicações no dia a dia das pessoas. Deste modo, a complexidade é inerente ao cuidar de enfermagem.

Da mesma forma, é fundamental ter em conta que os processos de transição ocorrem nas várias fases de vida, sendo complexos e multidimensionais, pelo que os enfermeiros devem estar atentos à individualidade de cada resposta e aos vários padrões presentes nas transições significativas na vida individual ou familiar (Meleis, 2010).

A transição, como conceito central de enfermagem, é definida por Meleis (2010) como uma passagem duma fase da vida, condição ou status para outra, sendo um conceito múltiplo que envolve elementos de processo (com fases e sequência), intervalo de tempo (fenómeno contínuo) e perceção (significado que a transição tem para a própria pessoa). Segundo Meleis (2010), as transições podem ser desenvolvimentais (por exemplo, início da adolescência, envelhecimento), situacionais (por exemplo, morte de um familiar, imigração, perda de casa), saúde/doença (vivência de uma situação de doença) e organizacionais (mudanças no ambiente social, político, económico, alterações na estrutura ou nas dinâmicas organizacionais).

Na teoria da relação interpessoal, esta relação desenvolve-se entre uma pessoa doente ou que necessita de cuidados de saúde e um enfermeiro com formação especializada para reconhecer e responder ao pedido de ajuda (Peplau, 1990). O processo de doença surge quando o confronto com as necessidades, as frustrações, os conflitos e a ansiedade não permitem à pessoa reorganizar e reconstituir eficazmente a sua personalidade (Peplau, 1990).

De acordo com a Teoria das relações interpessoais, a relação terapêutica assenta em quatro fases: a fase de orientação, a fase de identificação, a fase de exploração e a fase de resolução (Peplau, 1990).

Neste sentido, a teoria das transições de Meleis e a teoria das relações interpessoais de Peplau dão um contributo muito importante para uma melhor compreensão dos processos de transição e das relações criadas, presentes nos diversos contextos de estágio e durante a realização do projeto de estudo. Mais especificamente, foi possível acompanhar processos de transição de saúde/doença, de desenvolvimento e situacionais em todos os contextos de estágio já mencionados como também a importância das relações entre pares e profissionais de saúde.

Quando estabelecida uma relação com a pessoa, o enfermeiro tem a capacidade de a ajudar a experimentar o mal-estar e utilizar a energia resultante da ansiedade que sente, para identificar e avaliar as dificuldades perante aquela situação (Peplau, 1990), contudo, para tal, é necessário que este conheça e compreenda o papel que vai assumindo ao longo das diferentes fases da relação. Foi possível acompanhar todos estes processos em todos os contextos de estágios já mencionados.

Os cuidadores informais são uma população que sofre com o processo de transição de saúde/doença, pois desempenham um papel crucial, mas pouco se discute sobre o impacto dos cuidados na pessoa e na sua saúde mental e bem-estar. Segundo o Movimento Cuidadores Informais (2023), 63,7% sentem dificuldade em estar à vontade ou descontraídos, 47,7% não são capazes de rir e/ou ver o lado positivo como faziam antes, 45,7% sentem-se muitas vezes ansiosos/contraídos e 37,4% perderam a vontade de cuidar de si. O mesmo Movimento refere que 83,3% admite ter-se sentido em estado de *burnout*/exaustão emocional em algum momento e 78,5% a concordarem que o seu estado de saúde mental influência o desempenho do seu papel de cuidador informal.

As técnicas interpessoais objetivam ajudar a pessoa a identificar e a compreender na sua totalidade o que está a vivenciar, atualmente, e de que modo a experiência pode ser integrada, ao invés de dissociada de outras experiências da vida (Peplau, 1990). O enfermeiro pode intervir junto da pessoa, ajudando-a a explorar o significado psicológico dos eventos, vivenciar os seus sentimentos e compreender os seus comportamentos, de modo a aprender a lidar com a sua dimensão humana (Peplau, 1990). Contudo, para ajudar a pessoa, o profissional necessita de compreender o significado da experiência para esta, mobilizando o conceito de empatia.

O bem-estar assume uma posição central e esclarecedora na missão da enfermagem. Nós, enquanto enfermeiros, temos a responsabilidade de facilitar os processos de mudança e

transição que promovem o bem-estar. Como um conceito fundamental para a enfermagem, o bem-estar deve ser compreendido em sua diversidade de aspetos, na riqueza de significados que engloba, nas possibilidades de atuação que propõe e na capacidade de interpretação do nosso trabalho, que influencia o significado atribuído às práticas clínicas que realizamos (Queirós, 2021).

2. CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA

2.1. CONTEXTO COMUNITÁRIO

As Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) têm como missão "prestar cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, a pessoas, famílias e grupos vulneráveis e que requeiram acompanhamento próximo" (Despacho n.º 10143/2009 do Ministério da Saúde, 2009, p.1).

A UCC é uma unidade funcional dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica. Integra o agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego, sendo que abrange a população num total de 34 217 residentes (UCC Cantanhede, 2019).

A referida UCC caracteriza-se por ter uma equipa multidisciplinar, na qual integram 2 EEESMP. Nos dias úteis, decorrem as atividades programadas, tal como disposto nos programas da carteira básica da UCC, efetuam-se os atendimentos do próprio dia e os atendimentos programados. Os programas da carteira básica de serviços da UCC são: Equipa Cuidados Continuados Integrados (ECCI), Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), Programa Nacional de Saúde Mental (PNSM), Preparação Para O Nascimento, Promoção Da Saúde – Ações Comunitárias, Serviço Nacional De Intervenção Precoce Na Infância (SNIPI), Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), Projeto "Habilitar Para Melhor Respirar" e o Projeto "Reabilitar".

O foco de intervenção do EEESMP é amplo dirigindo-se à saúde escolar, com particular destaque para o Programa Mais Contigo, realiza também a implementação do Programa de Terapia de Reminiscência nos centros de dia, consultas de enfermagem e visitas domiciliárias (Gil et al., 2017; Erse et al., 2014). Existe também uma articulação com a Equipa de Saúde Mental Comunitária, que vai ao Centro de Saúde uma vez por semana. Após a integração na equipa da UCC foi identificado um grupo vulnerável, CI, sendo necessária a intervenção do EESMP por isso foi criado o projeto "Cuidar Sem Stress" com o objetivo de diminuir a sobrecarga do CI.

2.2. CONTEXTO HOSPITALAR

A Unidade de internamento Agudos/Doenças Afetivas inserida no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, trabalha em parceria/articula-se com outras instituições sociais como Instituições Particulares de Solidariedade Social, Centros de Saúde, Comunidades Terapêuticas, entre outras instituições, dando resposta às mudanças sociais atuais, no que concerne à promoção e manutenção da saúde da pessoa e à equidade de acesso a

cuidados especializados de SM, conforme espelhado no artigo 3 da Lei nº 33/2023 da Assembleia da República (2023).

Estas parcerias funcionam com base numa abordagem centrada na pessoa, família, cuidador ou pessoa significativa em que as intervenções a implementar são sustentadas pelos princípios inerentes aos processos de reabilitação psicossocial, designadamente o *recovery*, o *empowerment*, a autodeterminação e a autoeficácia, sendo fundamentadas pelas competências básicas da comunicação e relação terapêutica e na mobilização de técnicas, recursos efetivos para a recuperação ou manutenção da pessoa alvo dos nossos cuidados em conformidade com o Guia Prático Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2025).

O EEESMP, na unidade Agudos/Doenças Afetivas, tem uma intervenção muito abrangente e autónoma, atuando ao nível da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação psicossocial. As pessoas internadas integram um amplo leque de patologias psiquiátricas, como comprovam os diagnósticos médicos maioritariamente no espectro das perturbações psicóticas, mas também no âmbito das perturbações obsessivo compulsivo, perturbações do humor e comportamentos suicidários. Em suma, diagnósticos que compreendem a doença mental (DM) em fase aguda.

Nesta linha orientadora, o EEESMP assume um papel fundamental, enquanto elemento facilitador, nos processos de transição processuais, desenvolvimentais, situacionais, organizacionais, na promoção do bem-estar (Meleis, 2010), da saúde mental, na prevenção do agravamento da doença e da desinserção social da pessoa com doença mental grave (DMG).

Esta unidade tem 2 tipos de internamentos, os voluntários e não voluntários, estando disponível para receber pessoas 24h/dia, provenientes do serviço de urgência dos CHUC. Relativamente aos recursos humanos, a equipa de enfermagem é constituída por 19 enfermeiros, 4 são Enfermeiros Generalistas e a maioria, 15, são EESMP. Existem ainda médicos psiquiatras, assistente social e psicóloga. Durante a semana, ficam escalados 3 enfermeiros de manhã, 2 à tarde e 2 à noite, sendo que, ao fim-de-semana, apenas são destacados 2 enfermeiros para o período da manhã, mantendo-se o número da semana no turno da tarde e noite.

Assim, foi possível desenvolver um conjunto de atividades psicoterapêuticas, tais como: sessões de relaxamento, educação para a saúde, reunião comunitária, jogos terapêuticos e

caminhada terapêutica. Saliento que estes projetos eram coordenados por Enfermeiros Especialistas.

Existiu oportunidade de integrar as variadíssimas atividades psicoterapêuticas proporcionadas pelo serviço, sendo estas o Ler.com; Caminhada Terapêutica, Corpo em Movimento, Reunião Comunitária e nas sessões de psicoeducação incluídas no projeto de Adesão Terapêutica. Para fomentar a participação ativa da pessoa em seu processo terapêutico, foi necessário desenvolver o projeto intitulado “Preparação para a Alta”, que visa atender às necessidades identificadas pelos indivíduos com doença mental grave (DMG) e que desejam que sejam abordadas.

Por fim, houve a oportunidade de realizar um estágio observacional na unidade de cuidados avançados para esquizofrenia resistente ao tratamento e na unidade de intervenção para o primeiro episódio psicótico. Considero de extrema relevância a observação das diversas abordagens terapêuticas, aplicadas a indivíduos que apresentam características clínicas semelhantes ao serviço hospitalar anterior.

2.3. CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS

Este estágio foi desenvolvido na unidade de Cuidados Paliativos (CP) que visa dar uma resposta ativa aos problemas decorrentes de uma doença grave, prolongada e/ou progressiva, sendo que o seu objetivo é prevenir o sofrimento da pessoa e oferecer-lhe a máxima qualidade de vida, incluído os respetivos familiares.

Os CP, segundo a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, são cuidados ativos, globais e coordenados, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento consequente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover a sua qualidade de vida e o seu bem-estar, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, assentado na identificação precoce no tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (Lei n.º 52/2012 do Ministério da Saúde, 2012).

O serviço privilegia áreas de atenção e promotoras de saúde mental, sendo estas a preparação do luto, a promoção da esperança e também a terapia da dignidade. Neste serviço foram identificados alguns focos de atenção em ESMP comuns às pessoas acompanhadas no serviço. No momento da integração, o serviço era composto por 20 utentes que, na maioria, são referenciados pelas Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), às Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos

(ECSCP) integradas na Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), para resposta a situações paliativas complexas, segundo o seu nível de diferenciação.

Após integrar a equipa, compreende-se a existência de vários focos de atenção que merecem um olhar diferenciado pelo EESMP, sendo estes, na vertente familiar, na dimensão psicológica (a tristeza, ansiedade, aceitação do estado de saúde, isolamento social, insónia, delirium, ideação suicida, autoimagem, autoestima) e, por fim na dimensão espiritual (desesperança).

Como explana o Regulamento n.º 515/2018 da Ordem do Enfermeiros (OE) (2018), o EEESMP assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental. Para tal, recolhem a informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental das pessoas assistidas, incluindo os fatores que ajudam na promoção da saúde, na proteção da saúde e na prevenção da perturbação mental.

Como descrito acima, é importante os enfermeiros terem formação de como atuar em situações de grande sofrimento, visto que o impacto da doença terminal na pessoa e na família é grande. Assim, visto que o serviço era parco em intervenções especializadas no âmbito da saúde mental foi criado um projeto para colmatar a capacidade de resposta do EESMP e para diminuir o sofrimento nas transições da doença terminal, sendo este o projeto “Construção de Legado em Cuidados Paliativos – instrumento promotor da dignidade na pessoa internada e cuidador informal.”.

3. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO

3.1. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Durante os estágios vivenciei situações, desenvolvi conhecimentos e capacidades que me permitiram mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. A utilização de mim como instrumento terapêutico tornou-se o principal ganho, permitindo estabelecer relações terapêuticas, baseadas na confiança e parceria com as pessoas doentes e famílias.

De seguida, discriminam-se as competências específicas do EEESMP e a forma como os estágios permitiram que fossem adquiridas.

3.1.1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional

Durante o processo de reflexão e compreensão sobre o papel diferenciado de EEESMP, pude perceber a importância das intervenções e o impacto destas na pessoa. Essa reflexão proporcionou uma amplificação do meu nível de conhecimento e de consciência sobre mim própria. Ao compreender o papel diferenciado do EEESMP, pude avaliar as minhas próprias habilidades e competências, identificando áreas em que me posso aprimorar para atuar com excelência nessa função. Aprofundei o meu entendimento sobre a importância da comunicação, liderança e tomada de decisões na enfermagem, o que contribuiu para o meu crescimento profissional e pessoal.

Durante o estágio realizado na UCC colaborei, com a Enfermeira Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria (EEESMP), na implementação do Programa Mais Contigo, colaborei na implementação do Programa de Terapia de Reminiscência e nas visitas domiciliárias. Elaborei e implementei um projeto que permite a capacitação dos cuidadores informais de estratégias de redução e manutenção do stress para colmatar uma área evidenciadas pelas enfermeiras que necessitava de intervenção por parte do EESMP. Surge, assim, o projeto “Cuidar Sem Stress” (Apêndice I) constituído por intervenções estruturadas de promoção de estratégias de *coping* para a redução e manutenção do stress nos cuidadores informais munindo-os de estratégias e promovendo a sua saúde mental para fazer face às dificuldades que existem no papel de cuidador. A tomada de consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira foi fulcral para a relação terapêutica estabelecida com as várias pessoas e durante a realização das várias intervenções e restantes oportunidades de contacto.

A capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento profissional também é essencial para a prática de enfermagem de saúde mental, uma vez que condiciona diretamente o estabelecimento de uma relação terapêutica e o desenvolvimento das intervenções especializadas.

Na aplicação da intervenção em grupo do projeto “Cuidar Sem Stress” tive alguma dificuldade na comunicação devido à intervenção em si, visto que, foi a primeira vez que realizei uma sessão de grupo, e sendo este constituído por pessoas muito heterogéneas na personalidade. Mas no planeamento da sessão e discussão, com a tutora e professor orientador, na melhor forma de atuar foram colmatadas algumas dificuldades.

A comunicação desempenha um papel essencial na interação entre o profissional de saúde e a pessoa, grupo, família ou comunidade que se encontra vulnerável devido à sua condição de saúde ou doença, sendo alvo de atenção e cuidados. Ela constitui o meio através do qual a relação se desenvolve e pode, por si só, atuar como uma intervenção terapêutica ou complementar outras ações terapêuticas. É através da comunicação que se estabelece e fortalece a relação, criando um ambiente que pode ser favorável ou desfavorável ao cuidado prestado, o que reforça a sua importância no contexto da prática profissional (Sequeira, 2020).

A comunicação é um dos pilares em cuidados paliativos: um componente essencial na relação entre profissional, doente e família (Vaz, 2020). Ao longo do estágio considero que fui adquirindo competências comunicacionais importantes para o cuidar da pessoa em CP. Após reflexão, identifico que, anteriormente, apresentava algumas barreiras à comunicação, como o recurso a perguntas fechadas, emprego de múltiplas perguntas e discurso apressado. No decorrer do estágio, e também a nível profissional, sinto que melhorei no domínio da comunicação, com a critica e treino das várias situações vivenciadas. É fundamental uma comunicação adequada, visto que é um instrumento fundamental utilizado para suavizar o sofrimento ou para o prevenir, transmitindo serenidade e confiança (Salazar & Duarte, 2017, citado por Vaz, 2020). A pessoa internada em CP apresenta uma carga emocional que necessita de ser gerida adequadamente através da relação terapêutica. Segundo o Regulamento nº 515/2018 da OE (2018), o EESMP demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica.

O estágio revelou a partilha de experiências com o enfermeiro Tutor, a professora orientadora, os enfermeiros do serviço, bem como também com a equipa de psicologia, de forma a poder partilhar conhecimentos, refletir sobre a prática, sistematizar competências desenvolvidas, identificar pontos fracos e fortes, desenvolver raciocínio clínico de EEESMP para melhor adaptar as minhas intervenções à pessoa.

Em contexto hospitalar, a atitude opositora e manipulativa presente em alguns utentes permitiu-me melhorar a minha assertividade e trabalhar alguns aspetos da minha postura no decorrer do estágio. Durante as intervenções, foi necessário gerir fenómenos de transferência e contratransferência, devido à proximidade de idades, à resistência de alguns utentes em aceitar o diagnóstico e aos limites da relação entre profissional e utente para preservar a integridade do processo terapêutico (Regulamento n.º 515/2018 da OE, 2018).

Não obstante, considero que o desenvolvimento das relações terapêuticas, nomeadamente os processos de comunicação, se encontram intimamente relacionados e são de extrema relevância para a aquisição de competências do enfermeiro especialista. A comunicação em saúde mental assume uma importância acrescida, quer pela natureza da especificidade quer pelo potencial impacto que tem.

No parecer de Sequeira (2020), a comunicação é o meio pelo qual o profissional de saúde estabelece contato com o outro, permitindo-lhe conhecer a sua história, contexto e necessidades. Por meio dela, o profissional transmite orientações que ajudam a pessoa, família ou comunidade a lidar de forma mais eficaz com a sua condição de saúde ou doença. Além disso, é através da comunicação que se obtém uma compreensão do estado de saúde, se facilita o processo de tomada de decisão e se promove uma gestão adequada de um regime terapêutico, que muitas vezes pode ser complexo.

A comunicação em saúde mental sempre constituiu uma preocupação enquanto futura especialista, no sentido de procurar melhorar as técnicas atitudinais (que integram o saber ser, estar e fazer), e de treinar as principais técnicas de comunicação. No entanto, apesar de ser uma área em que procuro evoluir e investir, sabendo que já percorri um percurso profissional e académico em que consto melhoria.

3.1.2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental

Esta segunda competência diz respeito à recolha de informação necessária e pertinente para a avaliação do estado de saúde mental das pessoas, incluindo a promoção e proteção da saúde, bem como a prevenção da perturbação mental. Neste processo o enfermeiro mobiliza a sensibilidade cultural e linguística, as aptidões de comunicação e de técnicas de entrevista e observação do comportamento; a fim de compreender o estado de saúde das pessoas, sendo ainda necessária a revisão dos registos e avaliação abrangente da mesma e dos sistemas relevantes (Regulamento n.º 515/2018 da OE, 2018).

O regulamento n.º 515/2018 da OE (2018) aborda, também, os determinantes da saúde mental como fatores que estão associados a diferentes aspetos da saúde mental, estando

agrupados em quatro domínios, nomeadamente os fatores e experiências individuais, as interações sociais, as estruturas e recursos sociais e os valores culturais. Estes determinantes podem ser usados como indicadores estruturais de saúde mental. Assim sendo, cabe às organizações de cada país, estabelecer políticas públicas saudáveis, criar ambientes favoráveis à saúde, reforçar a ação comunitária, promover o desenvolvimento capacitação (empoderamento) das comunidades e reorientar/reorganizar os serviços de saúde, tendo em vista a promoção da saúde e a prevenção da doença mental.

Desta feita, indo ao encontro do referido, o EEESMP tem o dever de elaborar e desenvolver intervenções direcionadas para a promoção da saúde mental e do bem-estar, com vista á obtenção do máximo potencial de saúde dos alvos de cuidados, recorrendo para isso aos conhecimentos e competência especificas que possui, adaptado aos diferentes contextos e populações (Regulamento n.º 515/2018 da OE, 2018).

Durante todos os estágios, nos diversos contextos, acompanhei pessoas, famílias e grupos, intervindo na promoção da saúde mental, na prevenção da doença mental e no diagnóstico e intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental (Regulamento n.º 515/2018 da OE, 2018). Os atos de mobilizar aptidões de comunicação assertiva, demonstrar sensibilidade cultural e de aplicar a técnica de entrevista foi fundamental para uma avaliação global, com recolha de informações necessárias e pertinentes à compreensão do estado de saúde mental das pessoas (Regulamento n.º 515/2018 da OE, 2018).

Na UCC, tive oportunidade de integrar as visitas domiciliárias, com vista a assegurar a continuidade dos cuidados de ESMP à pessoa doente/família de forma personalizada no seu meio sociofamiliar, facultando cuidados de proximidade, procurando fornecer um suporte válido e eficaz.

Foi possível a participação na realização de consultas de enfermagem no âmbito da saúde mental, visto que está a acompanhar várias famílias. Em articulação com a equipa de intervenção precoce, após identificação de comportamentos de risco, conclui-se que uma das famílias deveria beneficiar do apoio da EESMP, nomeadamente gestão de ansiedade e gestão do regime terapêutico. Além de conflitos conjugais, esta família está a lidar com os diagnósticos dos dois filhos, nomeadamente perturbação do déficit de atenção e hiperatividade (PHDA) e doença genética na altura, ainda por esclarecer. Na consulta foi observado que a mãe apresentava níveis de ansiedade elevados sobre os eventos futuros da sua vida e algumas dificuldades em gerir alguns conflitos familiares, sendo visível a relação de confiança conseguida entre esta família e o EESMP, procurando promover a expressão de emoções como também a autonomia da família na gestão de conflitos.

Surgiu também a oportunidade de assistir a outra consulta de enfermagem com os familiares de uma utente com anedonia, para o envolvimento destes no processo de saúde/doença, disponibilizando escuta ativa, psicoeducação e o fortalecimento da rede de suporte da pessoa. Observei a evolução da proatividade da família, na aplicação de estratégias de *coping* promovidas. Estava, assim, favorecida a abertura para as intervenções de enfermagem propostas à pessoa. Procurei refletir e desenvolver, com a Enfermeira tutora, intervenções sob o ponto de vista do enfermeiro especialista, com objetivos terapêuticos, prescrevendo intervenções com vista à manutenção ou à promoção da funcionalidade e autonomia nas atividades de vida diária e à prevenção de complicações em saúde a utente em questão.

Em contexto hospitalar, tive oportunidade de integrar as variadíssimas atividades psicoterapêuticas proporcionadas pelo serviço, sendo estas o Ler.com, Caminhada Terapêutica, Corpo em Movimento, Reunião Comunitária e nas sessões de psicoeducação incluídas no projeto de Adesão Terapêutica para promoção da saúde mental, integrando várias sessões de educação para a saúde promovendo o insight da pessoa com DMG no envolvimento desta no seu processo de recuperação.

Foi ainda dada a oportunidade de assistir a uma reunião de equipa multidisciplinar, realizada todas as sextas-feiras. A reunião é composta pela equipa médica, psicóloga, assistente social e pela enfermeira gestora. Nesta reunião semanal são discutidos os casos dos utentes internados de acordo com a perspetiva das equipas integrantes, para promoção de um plano terapêutico o mais individualizado possível.

Em CP a pessoa é abordada como um todo, tendo a finalidade de cuidar desta e ajudar a viver a sua vida, centrando-se na promoção de dignidade da pessoa, cuja vida deve ser vivida intensamente, independente da finitude desta tendo que ao mesmo tempo lidar com as consequências negativas que a doença traz (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2023).

Os CP, segundo a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, são cuidados ativos, globais e coordenados, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento consequente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover a sua qualidade de vida e o seu bem-estar, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, assentado na identificação precoce no tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (Lei n.º 52/2012 do Ministério da Saúde, 2012).

Em suma, os CP centram-se na prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, na melhoria do bem-estar e no apoio aos doentes e às suas famílias, quando associado a doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva devendo respeitar a 9 autonomia, a vontade, a individualidade, a dignidade da pessoa e a inviolabilidade da vida humana (Lei n.º 52/2012 do Ministério da Saúde, 2012).

No sentido de estabelecer relação entre a pessoa e as intervenções do enfermeiro especialista em saúde mental, num contexto em que o objetivo é a promoção da manutenção de saúde mental e a manutenção da dignidade da pessoa nas várias transições em que a doença terminal se manifesta. Foi criado o Programa "Construção de Legado em Cuidados Paliativos – instrumento promotor da dignidade na pessoa internada e cuidador informal" (Apêndice II), com a finalidade de as intervenções serem dirigidas ao que os CP protagonizam.

3.1.3. 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

Em cada estágio foi possível acompanhar pessoas em diferentes fases do ciclo de vida, com diferentes problemas e diferentes contextos culturais, sociais e económicos.

Durante os estágios, procurei estabelecer o diagnóstico de saúde mental da pessoa, realizar e implementar um plano de cuidados individualizado em saúde mental, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados, recorrer à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar a pessoa a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde (Regulamento n.º 515/2018 da OE, 2018).

Na atualidade, segundo Mullahy e Jensen, citado por Martins et. all, (2021) a gestão de caso é definida como um processo que articula a participação de técnicas da equipa multidisciplinar de forma individual e/ou conjunta para o diagnóstico, planeamento, facilitação, implementação, coordenação, monitorização e avaliação de cuidados direcionados às necessidades da pessoa, utilizando a comunicação e os recursos disponíveis para produzir qualidade em cuidados de saúde. Assim, a sua utilização na coordenação dos cuidados, assegura a continuidade dos mesmos, integrando as necessidades das pessoas e otimizando os resultados obtidos.

Diversos são os autores que defendem que os enfermeiros EEESMP são de entre os profissionais de saúde, aqueles que dispõem de melhor formação para o desempenho do papel de gestor de caso, uma vez que detêm um largo espetro de conhecimentos

nomeadamente clínicos, apresentando um olhar holístico do cuidar, defendendo os direitos das pessoas, bem como serem detentores de conhecimento sobre os papéis dos outros profissionais de saúde (Martins et. al, 2021).

Neste ponto, destaco o desenvolvimento do caso clínico, onde de forma estruturada foi aplicada a metodologia do processo de enfermagem. Com base nas avaliações de saúde mental das pessoas/famílias, grupos e comunidade, salientando a identificação dos focos de enfermagem mais prevalentes e relevantes, e considerados prioritários naquele dado momento; foram definidos, com recurso ao Sistema de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), diagnósticos de enfermagem, identificados os resultados esperados sensíveis aos cuidados em saúde mental e planeadas e implementadas as respetivas intervenções dirigidas aos resultados identificados.

É determinante que o EEESMP utilize na sua prática especializada instrumentos que permitam aferir indicadores de ganhos em saúde de modo a dar visibilidade e importância ao impacto dos cuidados de saúde mental e psiquiátrica prestados.

Na UCC de Cantanhede, houve oportunidade de acompanhar a equipa de ECCI nas visitas domiciliárias, com vista a observar, avaliar e implementar as intervenções do EEESMP no cuidador informal, pois era uma dificuldade identificada pela equipa, visto que muitas vezes são observados alguns sintomas de stress nestes.

Considerei ter tido a capacidade de integrar na equipa multidisciplinar, procurando colaborar de forma voluntária e ativa com os diferentes elementos. Estive presente nos momentos de transmissão de informação, de modo a contribuir para a reflexão e para a melhoria das diligências do prestador de cuidados informal. Procurei ter um papel ativo, discutindo os casos, sempre que se revelassem pertinentes, com a equipa de enfermagem da UCC.

Procurei refletir sobre o processo de enfermagem sob o ponto de vista do enfermeiro especialista, com objetivos terapêuticos, prescrevendo intervenções com vista à manutenção ou promoção da saúde mental e à prevenção de complicações em saúde.

Realizei psicoeducação de forma individual e personalizada sobre: a importância das estratégias de gestão/redução de stress, o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, exercício físico e promoção do bem-estar com a finalidade de aumentar a literacia. e promover a melhoria/manutenção da saúde mental. Estes objetivos visam a promoção da mudança de atitudes e comportamentos da pessoa, à qual sou enfermeira de referência, face à sua situação de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2012) define Educação para a Saúde como qualquer combinação de experiências de aprendizagem que tenham por objetivo ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento dos

conhecimentos ou influenciando as suas atitudes. Já a psicoeducação, como refere Sampaio e Sequeira (2020), é uma forma específica de educação, tendo como foco as atitudes e comportamentos de saúde do indivíduo. Esta integra uma componente educativa, que visa dotar a pessoa de conhecimentos acerca do problema/doença, e uma componente de suporte emocional, que aborda a gestão de emoções, das expectativas, entre outras.

Considero que a psicoeducação constitui uma das atividades mais desenvolvidas pelo enfermeiro especialista em saúde mental e uma das mais eficazes ferramentas no aumento da literacia em saúde mental, bem como na sua promoção, desmitificação e redução do estigma associado à mesma.

No contexto hospitalar, através de entrevistas exploratórias e semiestruturadas, foi possível realizar várias avaliações do estado mental, por sua vez, a análise da informação. Foi possível identificar e compreender a influência do contexto familiar na saúde mental e emocional da pessoa, permitindo uma compreensão mais profunda das relações familiares, a, identificação do elemento de referência, a identificação dos pontos fortes e recursos disponíveis, bem como os desafios e fatores dificultadores que podem afetar a saúde mental. Isto permitiu uma compreensão mais abrangente do contexto em que o indivíduo e família estão inseridos e ajuda a desenvolver estratégias de intervenção mais adequadas. Ao realizar o Genograma e Ecomapa pude concluir que este é, de facto, uma ferramenta útil que promove a autoperceção, a consciencialização das influências externas e a busca por soluções para melhorar a saúde mental e o bem-estar. Assim, as intervenções de enfermagem devem ser dirigidas às necessidades identificadas na pessoa, sendo estruturadas e planeadas de forma individual, de acordo com a mesma, potenciando o sucesso das intervenções (Townsend, 2011).

Senti alguma dificuldade em gerir o tempo das entrevistas, pois, devido à patologia, apresentava taquipsiquia e pressão de discurso, pelo que tive de munir de estratégias na comunicação, como a assertividade, que inibissem o prolongamento das conversas e realizar a entrevista com sucesso. Assim, consegui realizar as atividades terapêuticas do serviço e, consequentemente, moderar as restrições temporais. Progressivamente, evidenciou-se que a utente valorizava a relação terapêutica estabelecida e que os planos de intervenção implementados se afiguraram benéficos para a melhoria do seu estado de saúde.

É importante salientar que na elaboração do caso clínico, a comunicação e a relação terapêutica foram fundamentais para entender as necessidades da utente, de forma a criar um plano de cuidados personalizado, planeando e implementando as intervenções

específicas para abordar os diagnósticos identificados na pessoa assistida, sempre com a colaboração e discussão conjunta da equipa de enfermagem.

Não foi possível a realização de todas as intervenções planeadas, visto que a utente teve alta, devido a alterações internas no hospital. Também tinha planeado criar uma relação terapêutica com os familiares da pessoa, com o objetivo de os envolver no processo de recuperação desenhado e, assim, recolher mais informações. Sublinho que no início do internamento, estava contraindicado o contacto familiar com a pessoa, pois tinha um efeito disruptor na recuperação.

O processo de avaliação exige ao EEESMP a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos bem como de uma avaliação abrangente da pessoa e dos seus sistemas relevantes (Regulamento n.º 515/2018 da OE, 2018). A utilização de instrumentos de avaliação adequados à pessoa foi uma mais-valia. Desta forma, foi possível verificar uma evolução satisfatória por parte da pessoa.

No contexto dos CP, segundo Sequeira (2020a), a comunicação terapêutica tem como objetivo melhorar a qualidade de vida da pessoa, faz com que esta se sinta que é o centro dos cuidados, tenha a possibilidade de saber, sentir e decidir a sua maneira de viver, identificando e mobilizando recursos que lhe permitam lidar com a sua situação da melhor maneira, e sentir que a sua experiência com a doença é o mais importante para o profissional de saúde. O mesmo autor refere, ainda, que a interação em saúde é complexa, por isso os resultados não são lineares. É necessária a realização da escuta ativa para a promoção da consciencialização das variáveis que ocorrem e a minimização das variáveis dificultadoras para a comunicação terapêutica. (Sequeira, 2020a)

Conclui-se, então, ser imprescindível estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa. Ao longo dos estágios, a comunicação terapêutica constituiu um instrumento fundamental na abordagem com as pessoas, tendo tido vários exemplos bem distintos.

Na aplicação do projeto “Construção de Legado em Cuidados Paliativos– instrumento promotor da dignidade na pessoa internada e cuidador informal” (ao qual irei explicitar mais à frente), a pessoa a intervencionar demonstrava total vontade de realizar as intervenções propostas. Ao longo destas, percebi que o discurso apresentado era ilustrativo de pouco envolvimento. Prova disso mesmo foi a necessidade de aplicar várias entrevistas exploratórias. Em discussão com a equipa multidisciplinar e com a pessoa de referência, concluí que a pessoa não queria ser intervencionada. Assim, tentei promover conversas terapêuticas e enfatizando a expressão de emoções e escuta ativa, para tentar estabelecer uma relação, contudo, não obtive sucesso.

Temi que a pessoa com a qual dividia o quarto, seguisse o mesmo padrão de insucesso. No início, apresentava alguma renitência nas atividades. Também foi discutida, com a equipa multidisciplinar, a melhor forma de abordar a pessoa. Com a realização entrevistas exploratórias, compreendi que a esta tinha uma grande necessidade de se sentir cuidada e ser envolvida em todo o processo. A relutância que demonstrou nas primeiras atividades teve como causa o sentimento de abandono pelos profissionais de saúde, nos serviços de Urgência. Assim, para a promoção do envolvimento da pessoa, decidiu-se relatar a esta alguma informação sobre seu processo de internamento, evidenciando que os profissionais de saúde se debruçam sobre o mesmo. Por outras palavras, demonstrou-se que a equipa multidisciplinar estava agradada com o envolvimento da pessoa, por exemplo, na sessão de psicologia. Posto isto, o comportamento da pessoa mudou, apresentando uma postura mais afável e colaborante nas intervenções, sendo que, a partir deste momento, expressava as emoções de forma mais espontânea. Consequentemente, consegui estabelecer uma forte relação terapêutica, permitindo uma compreensão mais abrangente do contexto em que a pessoa e família estão inseridos e uma ajuda mais eficaz no que concerne a estratégias de intervenção mais adequadas. Progressivamente, evidenciou-se que a pessoa valorizava a relação terapêutica estabelecida e que as intervenções implementadas se afiguraram benéficas para a melhoria do seu bem-estar.

Assim, considero que o enfermeiro e a pessoa estabelecem uma relação que se caracteriza por ser interpessoal, centrada no bem-estar da pessoa e desenvolvida por etapas num espaço temporal limitado. São mobilizados conhecimentos teóricos e técnicos, podendo o enfermeiro, aqui, mobilizar-se a si próprio como um instrumento terapêutico (Pereira & Botelho, 2014).

Na realização de entrevistas com os familiares das pessoas internadas em CP foi importante no sentido de adquirir mais informações sobre a pessoa com doença terminal, como também as expectativas do familiar em relação à progressão da doença no seu ente querido. Obtive informações sobre os traços de personalidade da pessoa internada: foi revelado que apresenta alguns comportamentos conflituosos e manipuladores no seu meio familiar e no seu local de residência.

Ao realizar exploração sobre os comportamentos da pessoa com o seu meio familiar, este sublinhou que durante toda a vida, os conflitos familiares eram uma constante e que certos comportamentos da utente a deixaram com mazelas emocionais. Evidenciou, ainda, que visita a utente não por esta, mas por si mesma, para sentir que cumpriu o seu dever.

Explorada sobre as expectativas em relação ao futuro da mãe, a filha explanou estar a ser acompanhada pela psicologia. Contudo, alerta que todo a família já aceitou o diagnóstico e

que está preparada para a progressão da doença e para a finitude de vida da mãe. Apresentou-se, portanto, conformada com a realidade. Assim foi possível vivenciar diferentes formas de realização do luto antecipatório e diferente peso que este tem nos familiares de acordo com vivencias passadas com a pessoa com doença terminal.

As pessoas apresentam várias formas de reagir à sua situação de doença. A equipa de enfermagem evidenciou o envolvimento de uma utente no programa desenvolvido, devido a esta comentar sobre a sua finitude e, por varia vezes, relatando uma retrospetiva da sua vida e evidenciar como irá deixar o seu legado com a equipa de enfermagem.

Realizada a colheita de dados e a aplicação dos instrumentos de avaliação que demonstravam que a utente correspondia aos critérios do programa, procedeu-se à realização das intervenções propostas no programa. Foi evidenciado uma dificuldade na aceitação do seu estado de saúde, contraria ao que a equipa de enfermagem percecionou, foi necessária a promoção de expressão de emoções, escuta ativa e conversa terapêutica para ajudar a pessoa neste processo de aceitação.

Foi notório este evitamento também na análise dos instrumentos de avaliação aplicados, sendo que alguns dos resultados se encontravam discordantes com o discurso apresentado pela utente. Percebemos que, mesmo explicando os instrumentos, esta preencheu de acordo com a sua vida antes da doença. Apresentou, assim, resultados enviesados.

O processo de avaliação exige ao EEESMP a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos bem como de uma avaliação abrangente da pessoa e dos seus sistemas relevantes (Regulamento n.º 515/2018 da OE, 2018). A utilização de instrumentos de avaliação é uma mais-valia dando indicadores palpáveis sobre as intervenções administradas, mas sendo necessário a técnica de entrevista associada devido a possíveis enviesamentos destes. Através dos instrumentos, foi possível verificar uma evolução satisfatória por parte da pessoa. Salienta-se que não foi possível a conclusão do programa nas outras utentes devido ao internamento ser curto para as sessões desenvolvidas.

Sendo que a técnica de entrevista e a avaliação abrangente da pessoa é fundamental para as nossas intervenções, identifiquei os fatores que promovem e protegem a saúde mental da pessoa, assim como os fatores de risco. Desta forma, consegui perceber que as intervenções devem ser o mais dirigidas e personalizadas possível, para que a pessoa apresente uma maior qualidade de vida. Pois uma das utentes encontrava-se num processo de ajustamento ao seu novo estado: a perda de mobilidade. Este processo levou a sofrimento e angústia por parte da utente, referindo estar a sobrecarregar a filha, pois esta já seria cuidadora de outro familiar. Foi realizada a expressão de emoções, técnica de

resolução de problemas, ensinos sobre estratégias de *coping* e, de relaxamento ajustado à pessoa, evidenciando melhoria no seu sofrimento mental.

3.1.4. Presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde

O desenvolvimento desta competência ocorreu ao longo dos vários contextos de estágio.

Na UCC, colaborei na implementação do Programa de Terapia de Reminiscência em 3 sessões, "Dia da Escola", "Meios de Transporte" e "Feriados e Épocas Festivas", no Centro Paroquial de Solidariedade Social de Ançã.

Este programa consiste num conjunto de intervenções que, de forma estruturada, combinam exercício físico e terapia de reminiscência na cognição, mobilidade funcional e qualidade de vida das pessoas mais velhas que frequentam estruturas residenciais e de apoio comunitário. Encontra-se estruturado em programa principal e programa de manutenção, sendo que cada sessão tem um tema relacionado com o percurso de vida que integra a escola, a vida profissional, as viagens, épocas festivas e momentos históricos (Gil et al., 2017).

A implementação deste programa é de extrema importância, visto que é uma intervenção terapêutica na promoção da autoestima, da identidade e da individualidade da pessoa idosa, sendo um processo mental e natural de recuperação de memórias. Uma vez que as pessoas mais velhas relatam o seu próprio passado, o projeto permite estimular a recuperação de acontecimentos de vida significativos, com diversos desígnios terapêuticos.

Foi-nos dada a oportunidade de presenciar "O dia + Contigo" em duas escolas, sendo que a proatividade dos profissionais nos dois estabelecimentos de ensino foi muito distinta. "O dia + Contigo" na escola A existiu uma envolvência de toda a comunidade escolar e um acompanhamento muito grande dos alunos. Por sua vez, na Escola B não foi mobilizado um esforço substancial dos profissionais para o festejo deste dia. Este fator refletiu-se no empenho dos alunos e no escasso tempo disponibilizado para tal. É necessário o EESMP mostrar a importância das suas intervenções e os resultados positivos, como também validar a proatividade dos profissionais inseridos no programa para promover uma envolvência mais acentuada. Apesar disso, podemos comprovar a disponibilidade e a relevância na área da saúde mental, manifestada pelo trabalho desenvolvido pelos alunos no programa.

Pelo diagnóstico de situação realizado pela EESMP verifica-se a necessidade de melhor acompanhamento e apoio aos cuidadores informais, pelo que foi criado o projeto “cuidar sem stress”. A maioria destes cuidadores apresentam-se numa situação de vulnerabilidade psicológica, emocional e, social.

Sousa et. al (2017) corrobora, referindo que o desempenho prolongado do papel de cuidador informal centra-se na necessidade de gerir expetativas, exigências e no desenvolvimento de estratégias, associadas ao processo de cuidar. Estas relacionam-se com o sentimento de responsabilidade total que os cuidadores informais sentem relativamente ao familiar, caracterizado pela preocupação com o futuro, a sobrecarga e o sentimento de não aguentar indeterminadamente este papel, pois leva ao desenvolvimento de sentimentos de impotência, preocupação e falta de esperança.

É frequente que estas problemáticas levem ao chamado stress do cuidador (Comité Internacional de Enfermagem, 2017, como citado por Sousa et al. 2020; Sequeira, 2010). 20 Este conceito carateriza-se como complexo e multidimensional referente ao conjunto de desafios ou problemáticas, como as exigências de tempo, tensões físicas, desafios emocionais, conflito de papéis (Jones, Hadjistavropoulos, Janzen & Hadjistavropoulos, 2011), problemas físicos, psicológicos ou emocionais, sociais e financeiros (George & Gwyther, 1986 citado em Chappell & Reid, 2002).

A criação do projeto “cuidar sem stress” permite a capacitação dos cuidadores informais de estratégias de redução e manutenção do stress. Segundo o Regulamento nº 515/2018 da OE (2018), o EEESMP assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental tendo o dever de coordenar, implementar e desenvolver projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos. Prestando cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde, promovendo também a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.

Assim, nos primeiros dias de estágio hospitalar, foi notório que uma das maiores preocupações da equipa de enfermagem é a preparação para a alta dos doentes que se encontram em regime de internamento. Contudo, apesar dos projetos implementados na Unidade, que figuram uma aprendizagem sobre como lidar com a doença e dos quais se pode obter contributos no sentido da preparação para alta, nenhum projeto é apenas e só

centrado na preparação para a alta e as expectativas da pessoa com DMG apresenta aquando da alta. Desta forma, surge o Projeto “Preparação para a alta” (Apêndice III). Este projeto tem como finalidade dotar os utentes, internados na Unidade, com conhecimentos de estratégias que poderão recorrer no pós-alta, envolvendo-os no processo desde o início do internamento.

Assim, atualmente a estratégia de atuação considerada mais adequada, quando nos referimos à recuperação da pessoa com doença mental grave, direciona a prestação de cuidados no sentido de promover os processos de *empowerment* (empoderamento) e *recovery* (recuperação), expressamente evidenciados no Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave, apresentando como finalidade major a reabilitação e respetiva inserção social (Martins et. al, 2021). Ambos os processos referidos, nomeadamente o *empowerment* o *recovery* apresentam repercussões positivas evidentes na qualidade de vida da pessoa, da sua família e da respetiva comunidade envolvente, uma vez que ajuda a pessoa a realizar as suas capacidades, a atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e a contribuir para a sociedade em que se insere.

Segundo Martins et. al (2021), o *recovery* é um conceito que traduz o fim para o qual se devem dirigir os resultados de saúde, sendo que este só é possível se existir empoderamento da pessoa com doença mental, permitindo à mesma fortalecer a sua confiança a fim de alcançar a autonomia e independência com maior facilidade. O *empowerment* visa assim capacitar a pessoa com estratégias que a ajudem a expressar as suas necessidades e demonstrar as suas preocupações, facilitando o seu processo de tomada de decisão e deste modo conseguir satisfazer de forma funcional e eficaz as suas necessidades (Martins et. al, 2021).

De acordo com o Regulamento n.º 356/2015 da OE (2015), referente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, citando a OMS (2002), a reabilitação psicossocial é um processo de grande relevo e importância para as pessoas com doença mental, que estão debilitadas e/ou com perda de funcionalidade, devido à perturbação mental, pois oferece a estas a oportunidade de atingir o seu potencial máximo de funcionamento e autonomia, na comunidade. Para tal, é necessário ensinar, desenvolver e treinar competências sociais individuais e introduzir mudanças ambientais, tendo como principal objetivo a máxima independência da pessoa, a criação de um sistema de apoio social de longa duração e a redução da discriminação e do estigma, tão presente ainda na população.

Foi notório durante a aplicação do projeto que a dificuldade mais referenciada pelas pessoas internadas, se envolvia com o estigma em saúde mental na sociedade, como também o auto-estigma sendo que uma pessoa referiu: “Medo de ser rejeitado devido ao diagnóstico.”

Assim, o projeto “Preparação para a alta” objetiva, pois, intervir nos focos de atenção e diagnósticos de enfermagem na pessoa com doença mental grave e muni-la de estratégias para a facilitação da sua reintegração na comunidade bem como fornecer conhecimentos e estratégias à rede de suporte da pessoa, para que seja uma parceira na reabilitação desta. A alta clínica deve ser entendida como um processo com início no momento de admissão e não como um momento específico da situação clínica. Neste processo coexistem obstáculos e dificuldades emocionais com início vários dias ou semanas antes da alta.

Nos CP, o serviço não apresenta intervenções estruturadas para a promoção e intervenção em saúde mental. Tendo em conta o sofrimento associado à fase de fim de vida, é de grande necessidade que o serviço apresente um leque de intervenções estruturadas providenciadas pelo EESMP para promover a manutenção da saúde mental e qualidade de vida, visto a complexidade das situações, como também uma melhoria no bem-estar da pessoa e respetiva família.

Segundo o Regulamento nº 515/2018 da OE (2018), o EEESMP assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental tendo o dever de coordenar, implementar e desenvolver projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos. Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde, promovendo também a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.

Com esta necessidade do serviço, foi desenvolvido o programa “Construção de Legado em Cuidados Paliativos– instrumento promotor da dignidade na pessoa internada e cuidador informal”. Este é um programa de natureza psicossocial, com o objetivo de intervir na ansiedade, depressão, bem-estar e esperança.

Assim, a criação de um legado e as intervenções ligadas a este ajudam as pessoas em fim de vida e os seus familiares a iniciarem um processo de revisão de vida que resulta num bem material que pode ser apreciado antes e após a morte da pessoa. Existem evidências de que a criação de um legado pode ajudar na gestão de recursos físicos como também nos

sintomas existenciais, melhorando a sensação de bem-estar, aliviando o processo de luto. Durante a realização das intervenções de legado, focalizamos a pessoa para destacar o foco e o conteúdo com vista a promover o que mais foi apreciado na vida; as pessoas mais importantes da vida do indivíduo; como eles serão lembrados, e as ideias, livros, poemas ou canções que influenciaram a sua vida (Vidal et.al, 2018)

O EEESMP encontra-se, pois, numa posição privilegiada para acompanhar as pessoas doentes nas variadas dimensões do sofrimento: a física, a psicológica, a social e a espiritual, através de intervenções que as suas competências acrescidas lhes permitem. Segundo o Regulamento nº 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018), o EEESMP presta cuidados no âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

O EESMP deve reger-se também, no seu exercício profissional, pelo referencial dos Padrões de Qualidade que é constituído pelos seguintes enunciados descritivos: a satisfação do utente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a adaptação, a organização dos cuidados de enfermagem, a relação terapêutica, visando atingir uma prática de excelência, na qual a prestação de cuidados seja centrada no utente ao longo do ciclo vital, considerando-o como ser único, inserido numa família e no seu ambiente comunitário, respeitando a sua dignidade, valores, crenças e hábitos de vida, vendo o utente e o convivente significativo como parceiros preferenciais e ativos, capazes de tomar decisões sobre a sua saúde e bem-estar e ser corresponsável em todo o processo de cuidados. (Regulamento n.º 356/2015 da OE, 2015)

Com implementação do programa, fui confrontada com a profundidade e o impacto das intervenções na pessoa, tendo sido necessário mobilizar os meus conhecimentos e realizar um processo de reflexão e compreensão do papel diferenciado do EESMP. Pude perceber a importância das intervenções e o impacto destas na pessoa. Essa reflexão proporcionou uma amplificação do meu nível de conhecimento e de consciência sobre mim própria. Ao compreender o papel diferenciado do EEESMP, pude por à prova as minhas próprias habilidades e competências para promover a sensação de bem-estar na pessoa e melhorar/manter a qualidade de vida, diminuindo o sofrimento mental e ajudando nos processos transicionais que a pessoa está a viver.

Recorri também à observação e às entrevistas exploratórias e semiestruturadas, que para além de facilitarem o estabelecimento de uma relação terapêutica, foram ferramentas importantes na avaliação da pessoa, fornecendo informações mais detalhadas, uma compreensão mais profunda e uma abordagem mais personalizada ao longo das

intervenções. Em todas as intervenções realizadas, foi possível verificar ganhos em saúde, traduzidos pela manifestação de bem-estar: foi referido pelas pessoas a importância das intervenções administradas e o agradecimento do apoio prestado, sendo até visível a emoção, na última sessão, demostrada pela Sr.ª 5060 por se sentir acompanhada e ouvida no seu processo de internamento, sendo evidenciado pelo questionário de avaliação preenchido. O EEESMP analisa o impacto dos sinais e sintomas psiquiátricos na habilidade e disponibilidade para aprender e planeia abordagens de acordo com a situação (Regulamento n.º 515/2018 da OE, 2018). É essencial que o EEESMP incorpore, na sua prática especializada, ferramentas que possibilitem a avaliação de indicadores de melhoria da saúde. Isso é fundamental para destacar e valorizar o impacto dos cuidados de saúde mental e psiquiátrica.

3.2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Em 2009 a OE manifestou a necessidade de criação de um sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem cujas premissas passariam pela melhoria dos indicadores de saúde da população portuguesa, em particular de enfermagem.

Assim, considerando ser indispensável para a promoção e defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem a prestar à população tendo por base a disponibilização dos cuidados de saúde diferenciados, centrados nas necessidades da pessoa/família e prestados por enfermeiros especialistas certificados.

Mais tarde, em fevereiro de 2011 veio a ser publicado em Diário da República o Regulamento da Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas, sendo que o mesmo ao longo dos tempos veio sofrendo as atualizações necessários, e atualmente o Regulamento nº 140/2019 da OE (2019), refere que o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados na área de especialidade.

As competências comuns encontram-se assim subdividas no domínio da responsabilidade profissional ética e legal, no domínio da melhoria contínua da qualidade, no domínio da gestão dos cuidados e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, e de competências específicas, na área na qual se especializam.

3.2.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Ao longo de todos os estágios, procurei demonstrar uma tomada de decisão segundo os princípios, valores e normas deontológicas (Regulamento nº 140/2019 da OE, 2019).

Destaco as visitas domiciliárias na UCC, durante as quais estabeleci estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa e família, tendo suportado a tomada de decisão clínica em juízo crítico, baseado no conhecimento científico.

No estágio realizado no serviço de subagudos/doenças afetivas, os cuidados requeriam um nível de competência correspondente à área de especialidade, desempenhei uma comunicação assertiva e um especial cuidado sobre a possibilidade de transferência e contratransferência, devido à Srª A (pessoa alvo em estudo do caso clínico) apresentarmos a mesma idade, e também os desafios que apresentava devido ao período de transição em que se encontrava (puerpério). Considero que promovi a proteção dos direitos humanos, nomeadamente, o direito da pessoa no acesso à informação (estabeleci uma comunicação assertiva com a pessoa e família nos diversos contextos), confidencialidade da informação adquirida, respeito pela privacidade (com destaque nas situações vivenciadas no estágio em CP), a autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e o respeito pelos valores, costumes, crenças. Nos vários contextos, a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa doente ou família foram aspetos que procurei sempre respeitar durante os cuidados prestados (Regulamento nº 140/2019 da OE, 2019).

Importa ainda referir que no contexto específico da saúde mental e de forma mais evidente na doença mental, demasiadas são as vezes, bem como as situações em que a decisão ética e deontológica é determinante, sendo que a ética assume especial relevo, não só pela vulnerabilidade acrescida intrínseca a este grupo populacional. Com a sua especificidade, respeitando e promovendo sempre valores e princípios dos direitos humanos como a liberdade, a igualdade, a individualidade e a dignidade humana de cada um. Também considero que foi de grande importância para o meu percurso, ter aprofundado conhecimentos de forma mais sistematizada sobre a Lei de Saúde Mental atualmente em vigor.

3.2.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

De modo a garantir a melhoria continua da qualidade, adquiri e aprofundei conhecimentos/experiências e partilhei com os pares e orientadores, para os incorporar na prestação de cuidados.

Durante o estágio na UCC procurei mobilizar e aprofundar conhecimentos de psicopatologia, competências socioemocionais, desenvolvimento infantil, saúde escolar e terapia de reminiscência e aprofundar conhecimentos na área das intervenções psicossociais e psicoeducacionais.

No Serviço de subagudos/doenças afetivas, aprofundei conhecimentos nas áreas de psicopatologia na pessoa com doença mental grave, psicofarmacologia, intervenções psicoterapêuticas e psicoeducacionais. Na procura da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem foi o projeto "preparação para a alta" elaborado enquadra-se nos enunciados descritivos dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados De Enfermagem - Especializados: promoção da saúde mental, adaptação e satisfação do cliente (OE, 2011).

Como explicito no presente documento, o serviço de CP não apresenta intervenções estruturadas para a promoção de saúde mental. Tendo em conta o sofrimento associado à fase de fim de vida, é de grande necessidade que o serviço apresente um leque de intervenções estruturadas providenciadas pelo EESMP para promover a manutenção da saúde mental e qualidade de vida, visto a complexidade das situações, como também uma melhoria no bem-estar da pessoa e respetiva família.

Foi realizado uma sessão de formação para a equipa multidisciplinar do serviço de CP e partilhado os resultados das intervenções implementadas. Foi atingido com sucesso, tendo a equipa apresentado alguma recetividade na implementação do programa e percebido os benefícios no bem-estar espiritual e na esperança nos doentes e pessoas significativas intervencionadas.

A falta de programas de promoção da saúde mental numa tipologia de serviço em que se lida com o sofrimento do outro é uma realidade que, infelizmente, não dispõe de um conjunto de intervenções estruturadas para amenizar o problema.

Durante os estágios, avaliei a qualidade das práticas clínicas, através de evidência científica, normas, indicadores e instrumentos adequados e, posteriormente, com a orientação das senhoras enfermeiras especialistas, planeei e liderei programas de melhoria contínua - destaco os programas "cuidar sem stress", "preparação para alta" e "Construção de Legado em Cuidados Paliativos– instrumento promotor da dignidade na pessoa internada e cuidador informal". Deste modo, considero que, nos diferentes contextos de estágio, promovi um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção das pessoas (Regulamento nº 140/2019 da OE, 2019).

3.2.3. Competências do domínio da gestão de cuidados

Durante o estágio realizado nos CP, tal como ao longo do estágio realizado no Serviço de subagudos/doenças afetivas, participei na reunião multidisciplinar e disponibilizei assessoria aos enfermeiros e à equipa, colaborando, inclusive, nas decisões da equipa de saúde (Regulamento nº 140/2019 da OE, 2019).

Na gestão dos cuidados, adequei os recursos às necessidades de cuidados, apresentado o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados, como previsto no Regulamento n.º 140/2019 da OE (2019). Também ao longo do percurso académico procurei no desenvolvimento das intervenções autónomas e interdependentes, otimizar as respostas às necessidades identificadas, garantindo a segurança dos cuidados e adaptando a gestão dos recursos existentes nos diferentes contextos.

A articulação e a gestão dos cuidados prestados foram efetuadas através do envolvimento e negociação com a pessoa/família, bem como sempre que se verificou pertinente a referenciação para outros profissionais de saúde, desenvolvendo deste modo uma relação profissional tendo por base a confiança e respeito mútuo para com a pessoa alvo de cuidados.

3.2.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Como já descrito acima, considero que, durante os vários estágios realizados, o autoconhecimento e a tomada de consciência enquanto pessoa e enfermeira, foram aspetos crucias para a minha formação (Regulamento nº 140/2019 da OE, 2019)

Baseei a minha prática clínica em evidencia científica, investigando sobre diversos assuntos nos diferentes estágios. Considero que tal contribuiu para a aquisição e atualização do conhecimento e para o desenvolvimento da prática clínica especializada nos diversos contextos (Regulamento nº 140/2019 da OE, 2019).

No estágio realizado na UCC de Cantanhede, desenvolvi aprendizagens no âmbito das intervenções psicoterapêuticas, sócio-terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, adquiri competências no âmbito da saúde escolar, com principal foco na promoção da saúde mental: participei na implementação do Programa Mais Contigo, implementei o projeto “sem stress”. O acompanhamento da Srª M.O. no domicílio foi uma experiência enriquecedora, possibilitou que descentralizasse os cuidados no hospital e tivesse um olhar mais amplo sobre as necessidades desta pessoa e respetivas famílias. O papel do EEESMP na comunidade é preponderante para a promoção da saúde mental e manutenção seja eficaz.

Durante o estágio realizado no serviço do Serviço de subagudos/doenças afetivas desenvolvi aprendizagens no âmbito da psicopatologia, psicofarmacologia, intervenções psicoterapêuticas, sócio-terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Por fim, a comunicação assertiva com pessoa com doença mental grave, o trabalho em equipa e a gestão de emoções foram outros aspetos que considero ter conseguido aprofundar durante este estágio.

No serviço de CP desenvolvi aprendizagens no âmbito dos princípios e filosofia dos CP, controlo sintomático, comunicação (com foco na comunicação de más noticias), luto, espiritualidade, esperança na pessoa doente e família e apoio à família. As aprendizagens foram bastante gratificantes, permitindo-me crescer a nível pessoal e profissional, adquirindo estratégias para lidar com várias situações semelhantes.

PARTE II - LITERACIA DOS CUIDADORES INFORMAIS E SUA INFLUÊNCIA NOS CUIDADOS À PESSOA COM DOENÇA MENTAL: SCOPING REVIEW

1. CUIDADORES INFORMAIS

Segundo a Lei nº 100/2019 da Assembleia da República, (2019) o cuidador informal é uma pessoa que cuida de forma regular ou permanente de outra(s) pessoa(s) que esteja(m) numa situação de dependência. O cuidador informal pode dividir-se em dois tipos: cuidador informal não principal (se acompanha de forma regular, mas não permanente, a pessoa cuidada, podendo receber remuneração de trabalho, ou receber pelos cuidados que presta à pessoa cuidada) ou cuidador informal principal (se acompanha permanentemente a pessoa cuidada, vive na mesma casa e não recebe remuneração de trabalho ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada. Este cuidador pode ter direito ao subsídio de apoio ao cuidador informal principal).

De acordo com o Estatuto do Cuidador Informal, cabe a este cumprir os seguintes deveres: ser solidário com a pessoa cuidada e respeitá-la na sua privacidade e intimidade; manter uma relação entre a pessoa cuidada e os profissionais de saúde, comunicando a estes quaisquer tipos de mudanças existentes a nível de saúde ou outros no doente; garantir a alimentação adequada e a administração da medicação sob a orientação do profissional de saúde, tal como a higiene pessoal do doente; acompanhar a pessoa cuidada nas consultas e outros locais, mantendo os familiares assentes relativamente ao estado de saúde e bem-estar do doente; ajudar na aquisição e gestão de equipamentos necessários para o cuidado do doente; promover o exercício físico e estimular o doente a ser sociável e a ser autónomo em determinadas tarefas do seu dia-a-dia (Lei nº 100/2019 da Assembleia da República, 2019).

Relativamente aos direitos, o cuidador informal tem o direito de ter acesso à informação e apoio jurídico, tal como ter informação e formação técnica relativamente a prestação de cuidados e as ajudas técnicas existentes, de modo a minimizar o desgaste resultante das atividades. O cuidador informal também tem o direito de ser apoiado na sua própria saúde, especialmente na saúde física, ser apoiado na prestação dos cuidados pelos profissionais de saúde e instituições/organizações de saúde e também participar no plano de cuidados e ter a palavra quanto às decisões de tratamento do doente, quando o mesmo não puder tomar decisões. Para além destes, também tem o direito para pedir o apoio financeiro e tem direito a gozo de férias e horas de descanso (Lei nº 100/2019 da Assembleia da República, 2019).

Assim, de acordo com a Lei de base da saúde n.º 95/2019 da Assembleia da Républica (2019) primeiramente a lei deve promover o reconhecimento do importante papel do

cuidador informal, a sua responsabilização e capacitação para a prestação, com qualidade e segurança, dos cuidados básicos regulares e não especializados que realizam. Segundo, a lei estabelece o estatuto dos cuidadores informais de pessoas em situação de doença crónica, deficiência, dependência parcial ou total, transitória ou definitiva, ou noutra condição de fragilidade e necessidade de cuidados, os seus direitos e deveres e medidas de apoio aos cuidadores informais e às pessoas cuidadas. Terceiro, o Estado, através do ministério responsável pela área da saúde, deve ainda assegurar a articulação entre a pessoa cuidada, o cuidador informal e os serviços de saúde e a implementação do plano integrado de prestação de cuidados de saúde de que a pessoa carece (Lei n.º 95/2019 da Assembleia da Républica, 2019).

Muitas vezes, os cuidadores informais, não estão dotados de conhecimentos e apoios para que consigam dar resposta às situações que vão surgindo. De acordo com o relatório de atividades de 2022, a Associação Nacional de Cuidadores Informais (2023) refere que, em Portugal, existem cerca 827 mil cuidadores informais, sendo que estes são, sobretudo, mulheres entre os 45 e os 75 anos, que desempenham este trabalho não pago. Em 2022, Segundo Instituto da Segurança Social, como descrito acima, apresenta um aumento exponencial no número de pessoas que recorreram ao estatuto de cuidadores informais. Podemos concluir assim um aumento de pessoas que necessita de ser cuidada, assim torna-se emergente intervenções nesta população alvo devido ao seu rápido crescimento (Instituto da Segurança Social, 2025).

Os cuidadores informais desempenham um papel crucial, mas pouco se discute sobre o impacto do mesmo na sua saúde mental e bem-estar. Conclui-se, assim, que a maioria destes cuidadores se apresentam numa situação de vulnerabilidade psicológica, emocional e, social. Sousa et. al (2017) corrobora, referindo que o desempenho prolongado do papel de cuidador informal centra-se na necessidade de gerir expetativas, exigências e no desenvolvimento de estratégias, associadas ao processo de cuidar. A perceção de responsabilidade integral assumida pelos CI em relação ao familiar manifesta-se frequentemente através de uma preocupação persistente com o futuro, acompanhada por elevados níveis de sobrecarga emocional e física. Esta conjuntura culmina na emergência de sentimentos de exaustão e incapacidade para sustentar, de forma indefinida, as exigências inerentes ao papel de cuidador. Consequentemente, observa-se o desenvolvimento de estados emocionais negativos, nomeadamente impotência, ansiedade e desesperança, os quais podem comprometer o bem-estar psicológico do cuidador.

Na maior parte dos casos, são os familiares, amigos e vizinhos mais próximos que se responsabilizam pelo cuidar do doente, sendo um desafio tanto a nível pessoal, familiar,

social, laboral e financeiro (Saraiva, 2011). Estes cuidadores caracterizam-se por não serem indivíduos profissionalmente treinados para prestar cuidados, não terem qualquer contrato para desempenhar estas funções e, por isso, não serem pagos, realizarem tarefas que incluem apoio emocional e assistência e não terem um limite de tempo para o seu cargo. Devido ao reduzido ou inexistente nível de formação na área de saúde mental, podem ter um nível de LSM baixo ou moderado, podendo afetar a sua capacidade em ajudar a pessoa cuidada (Look & Stone, 2018).

1.1. LITERACIA EM SAÚDE MENTAL

As perturbações mentais apresentam elevada prevalência a nível nacional e mundial, pelo que se torna necessário considerar a importância da LSM. A literacia é um processo dinâmico que se refere à capacidade de utilizar determinadas competências como leitura, escrita e cálculo, no seu dia-a-dia para dar resposta a diversos desafios, permitindo deste modo que o indivíduo tenha um papel ativo a nível pessoal, social e profissional (Loureiro et al., 2012).

O conceito de literacia associado à saúde surgiu na década de 1970, aplicado à importância da educação para a saúde em contexto escolar. Apenas na década de 1990 se alargou este tema para promover a saúde na sociedade (Loureiro et al., 2012). A partir daí, a atenção dada a esta matéria tem vindo a aumentar devido ao crescimento exponencial da quantidade de informação disponível, incentivando os cidadãos a ter um papel mais ativo nos cuidados de saúde (Pedro, Amaral, & Escoval, 2016).

A literacia em saúde pode ser definida como a capacidade que cada indivíduo tem de obter, compreender e interpretar a informação básica no âmbito da saúde e dos serviços de saúde de modo a participar ativamente na sua vida quotidiana (Cavaco & Várzea, 2010).

No ano de 1995, a Prof. Ana Benavente coordenou o primeiro estudo português que culminou no livro “A Literacia em Portugal. Resultados de uma Pesquisa Extensiva e Monográfica” (Benavente et al., 1996). Os resultados mostraram que numa escala de cinco níveis (de 1 a 5), 79,4% da população se encontrava em níveis de literacia entre 0 e 2. Estudos mais recentes apontam que aproximadamente 50% da população com LS inadequada e problemática, o que corrobora os resultados do Questionário Europeu de LS (Sampaio et al., 2023).

A definição LSM surgiu com a intenção de reforçar a importância da saúde mental que, na altura, era negligenciada. No ano de 2000, segundo Jorm definiu a LSM com um conjunto de componentes: “a capacidade de reconhecer perturbações específicas ou diferentes tipos de

sofrimento psicológico; conhecimentos e crenças sobre as causas e fatores de risco; conhecimentos e crenças sobre intervenções de autoajuda; conhecimentos e crenças sobre ajuda profissional disponível; atitudes que facilitam o reconhecimento e a procura de ajuda apropriada; e conhecimentos sobre como procurar informação sobre saúde mental" (Jorm, 2000; Loureiro et al., 2012). Segundo a literatura, a LSM também pode ser definida como "conhecimentos e crenças acerca de perturbações de foro mental que auxiliam o seu reconhecimento, gestão ou prevenção" (Jung, Sternberg, & Davis, 2016).

Indivíduos com baixo nível de literacia em saúde têm não só dificuldade em compreender o modo como a informação em saúde é transmitida, mas também em reconhecer e compreender os fatores de risco, agir em conformidade com a informação disponibilizada e em utilizar de forma adequada os serviços de saúde (Pedro, Amaral, & Escoval, 2016). Os indivíduos apresentam ainda dificuldade em comunicar e transmitir os seus problemas ao profissional de saúde (Loureiro et al., 2012).

A partir do descrito acima, pode-se concluir que os indivíduos que apresentam um nível alto de LSM conseguem identificar os primeiros sintomas, reconhecer a DM e recorrer aos recursos necessários para o tratamento adequado, intervindo, assim, na fase precoce da doença. Para além disso, uma pessoa com um nível alto de LSM tem conhecimento suficiente para não concordar com os estigmas e mitos da doença (Jung et al., 2016). Por outro lado, os indivíduos com um nível baixo de LSM não têm a capacidade de identificar e associar os sinais e os sintomas de uma DM, como também não têm a capacidade de procurar informação quanto aos serviços de apoio que existem (Jorm, 2000; Loureiro et al., 2012). Uma pessoa com um baixo nível LSM acaba por reparar nos sintomas da doença numa fase mais avançada, recorrer a estratégias de *coping* desadaptativas como consumo de álcool e drogas, e, fazer tratamento incorreto ou nem sequer fazer tratamento, podendo conduzir a situações de suicídio ou homicídio (Jung et al., 2016).

As dimensões que abrangem a LSM compreendem o conhecimento e a compreensão das seguintes componentes: a doença em si (o que é, quais são os fatores, sintomas e as causas); Quais são os tratamentos farmacológicos (medicação); quais são os tratamentos não farmacológicos (terapias, tratamento psicológico, exercício físico, alimentação, higiene); o acompanhamento; quais são os programas de intervenção que existem; que tipo de apoio social existe no mercado (financeiro, instituições); que tipo de comunicação, empatia e competências sociais deve ter; como lidar com uma pessoa com uma DM; autonomia e confiança (Goldsmith & Terui, 2018; Loureiro et al., 2012).

Segundo a literatura, a LSM é um indicador importante para a prestação de cuidados como na procura e interpretação de informação como no combate do estigma (Jorm, 2000; Jung et

al., 2016). Permite também ao cuidador compreender melhor a DM, reduzir os custos de tratamentos e promover a melhoria da saúde. Quanto maior for o nível de LSM do cuidador, melhor conseguirá desempenhar as suas funções como também terá mais facilidade em reconhecer os sintomas e intervir de forma correta (Jung et al., 2016; Loureiro et al., 2012). Por outro lado, baixo nível de LSM do cuidador pode levar a ideias erradas sobre a doença, atribuindo causas sobrenaturais como justificação dos comportamentos do doente, a culpabilização de si mesmos e a atribuição da doença como sinal de fraqueza, afetando negativamente o seu desempenho na prestação de cuidados (Morgan et al., 2012).

A LSM pode ser influenciada por algumas características dos indivíduos como a idade, saúde física e mental, grau de escolaridade, nível socioeconómico (Look & Stone, 2018; Morgan et al., 2012).

Segundo o Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM) a LSM é fundamental, tendo como principais objetivos: desenvolver ações de promoção da saúde mental, de prevenção da doença mental, e combate ao estigma, nos diferentes estágios do ser humano; realizar ações de sensibilização, informação e de formação dirigidas à população em geral, profissionais envolvidos, utentes e famílias. O programa permite assim identificar áreas de atuação prioritárias, com especial enfoque em grupos de vulneráveis. A política de Educação para a Saúde Mental neste Programa possibilitou, criar sinergias com outros meios, tais como entidades externas e de cariz social, e outros programas da Direção Geral da Saúde (DGS), que vieram possibilitar a criação de projetos, em vários grupos de particular interesse, tendo em conta a sua vulnerabilidade e potencial para o crescimento na área da LSM (Sampaio et al., 2023).

1.2. CUIDADOS À PESSOA COM DOENÇA MENTAL

Etimologicamente, a palavra cuidar vem do latim *cogitare* que significa pensar; para poder cuidar de algo ou alguém, precisa-se, antes, de pensar na pessoa. Assim, cuidar de alguém implica ter responsabilidade sobre este alguém. No cuidar, tem de se atender à idade e às patologias inerentes à mesma, quem cuida por vezes sente que tem alguma supremacia sobre a pessoa cuidada, nomeadamente na tomada de decisões (Vieira, 2023).

Cuidar representa um conjunto de tarefas que são necessárias para promover o bem-estar dos indivíduos tanto a nível físico, emocional, mental como social. O ato de cuidar envolve preparação das refeições, administração da medicação e também conversas com o indivíduo, apoio na higiene pessoal ou, por exemplo, nas transferências de posição na cama de um indivíduo acamado (USF Anta, 2014). Saraiva (2011) salienta que existem cuidados

instrumentais e expressivos, sendo que os instrumentais podem ser de natureza física como a higiene, alimentação e mobilização, ou de caráter mais prático como vigiar, acompanhar nas consultas, fazer gestão de medicação e da casa. Quanto aos cuidados expressivos, considera que estes são de caráter afetivo e relacional que se verificam através de convívio, conforto, satisfação de necessidades e estimulação social da pessoa dependente (Saraiva, 2011).

A dependência pode ser definida como uma "situação, temporária ou permanente, em que se encontra a pessoa que, por motivos de doença crónica, incapacidade, deficiência, demência ou doença do foro mental, sequelas pós-traumáticas, envelhecimento e/ou situação de fragilidade e necessidade de cuidados, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida quotidiana" (Decreto Legislativo Regional n.º 5/2019/M da Assembleia Legislativa, 2019).

Assim, pode-se afirmar que uma pessoa cuidada é "a pessoa, criança, jovem ou adulto, dependente que, por motivos de doença crónica, incapacidade, deficiência, demência ou doença do foro mental, sequelas pós-traumáticas, envelhecimento e/ou situação de fragilidade, devidamente reconhecida através de declaração médica, recebe cuidados e apoio para a prática das atividades da vida diária" (Decreto Legislativo Regional n.º 5/2019/M da Assembleia Legislativa, 2019).

Segundo o Sistema Nacional de Saúde, em Portugal, existem entre 230 mil a 240 mil indivíduos que estão dependentes e são cuidados por outra pessoa (Serviço Nacional de Saúde, 2019), o que reforça uma população alvo de grandes dimensões, que tem vindo a aumentar ao longo dos anos.

De acordo com a literatura, a dependência pode ser classificada em três níveis: elevada ou severa, média ou moderada e baixa ou ligeira. O nível de dependência elevada ou severa requer prestação de cuidados durante 24 horas por dia, pois a pessoa cuidada tem pouca ou nenhuma capacidade para executar qualquer tarefa elementar. A pessoa cuidada com dependência média ou moderada necessita de prestação de cuidados de terceiros, contudo tem alguma autonomia em executar algumas tarefas com supervisão. Por fim, a dependência baixa ou ligeira refere-se ao nível de dependência em que a pessoa cuidada tem certa autonomia em realizar algumas tarefas, no entanto necessita de supervisão (Grelha, 2009).

Ser dependente leva a mudanças na vida do indivíduo que, em muitos casos são consideradas como negativas, pois limita a sua privacidade, diminui a sua autoestima e autoconfiança, requer a necessidade de "dizer em voz alta que precisa de ajuda em fazer as suas necessidades mais íntimas que envergonham o mesmo", levando a estados como

depressão, ansiedade, stress, agressão e/ou negação (Goldsmith & Terui, 2018; Saraiva, 2011).

A dependência tem impacto na vida do doente e dos que o rodeiam em vários parâmetros desde vida pessoal, relação com a família, relação psicossocial, nível laboral e financeiro (Ribeiro, 2015; Saraiva, 2011).

Torna-se relevante ter a perceção destes factos para poder prestar cuidados preservando a dignidade e garantir o conforto e bem-estar da pessoa cuidada (Saraiva, 2011).

O diagnóstico de uma DMG constitui um processo complexo de ajustamento psicológico, frequentemente marcado por desafios significativos relacionados com a perda ou diminuição da autonomia individual. Este processo é agravado pela insuficiência de LSM tanto ao nível individual como comunitário, bem como pela limitada aceitação social destas condições. Evidências recentes indicam que pessoas com DMG continuam a experienciar elevados níveis de estigmatização e discriminação social, fatores que contribuem para o isolamento e dificultam a integração plena destes indivíduos na sociedade. (Saraiva, 2011; Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, 2016). Dependendo do estádio da doença e do controlo dos sintomas com os tratamentos, o nível de dependência destes indivíduos varia, contudo necessitam de certa supervisão e de apoio, especialmente, emocional.

Apesar destas complicações que a DM causa na vida do indivíduo, verificou-se, ao longo dos anos, um aumento do conhecimento quanto a estas doenças, existindo mais instituições com recursos e tratamentos que apoiam o doente a lidar com a sua doença, ajudam a reintegrar-se na sociedade, estimulam a autonomia na execução de certas necessidades básicas do dia a dia, como também apoiam a nível laboral e financeiro (Ribeiro, 2015).

Para além do doente em si, a família, os amigos e outras pessoas que o rodeiam também sofrem com a doença. Quando alguém se depara com a doença do seu próximo com algum nível de dependência, é difícil de aceitar e de se adaptar à nova realidade. A prestação de cuidados exige responsabilidade e requer saber lidar com diversas tarefas e esforços que podem superar as possibilidades do cuidador em executá-las, alterando de forma significativa o dia-a-dia do cuidador e as suas prioridades. O cuidador chega ao ponto de se esquecer de “cuidar de si mesmo”, tornando-se mais vulnerável ao desgaste emocional, físico e psicológico (USF Anta, 2014).

Essa exaustão de ter de lidar com diversas tarefas e responsabilidade pode levar a estados de ansiedade, depressão, pânico, solidão que acabam por ter um impacto a nível físico, mental, emocional, social e económico tanto na vida do cuidador informal como na do

doente (Krieger, Feron, & Dorant, 2017). O grau de exaustão e do impacto na saúde do cuidador dependem das suas estratégias de *copin*g ou enfrentamento.

Coping é definido como um esforço cognitivo e comportamental que é exigido quando um indivíduo se depara com situações adversas e stressantes que podem ser externas e/ou internas, como desafios ou confrontos, para as quais não está preparado. Ao recorrer as estratégias de *coping* é possível adaptar-se a estas mudanças stressantes focando-se na resolução do problema, de modo, a que tenha menos impacto na saúde da pessoa (Coelho, 2018). O conhecimento e o uso destas estratégias depende do nível de LSM, quanto mais alto for o nível, maior é o conhecimento e a capacidade em responder de forma apropriada aos desafios e dificuldades consequentes da DM (Jung et al., 2016).

A maioria dos cuidadores informais não estão preparados para cuidar de outra pessoa com uma DM, mas quando são confrontados com esta situação, é necessário adaptar-se, informar-se, procurar estratégias e recursos adequados para lidar com a nova realidade (Saraiva, 2011).

Os cuidadores informais têm dificuldade em obter e compreender informação relativa à doença por parte dos profissionais de saúde, especialmente quando se encontram em estado de ansiedade e stress, aumentando ainda mais o grau destes estados e diminuindo a sua qualidade de prestar os cuidados e a sua qualidade de vida (Goldsmith & Terui, 2018). Verifica-se que existe uma dificuldade de comunicação entre o cuidador e o profissional de saúde, o que não permite ao cuidador compreender a informação necessária; entre o cuidador e o doente, devido a falta de conhecimento e compressão em como lidar com a doença e com o doente; e entre o cuidador e a família, tendo dificuldade em passar a informação aos próximos, fazendo com que este se sinta sozinho, não compreendido e isolado (Wittenberg, Goldsmith, Ferrell, & Ragan, 2017).

Verifica-se que os cuidadores sofrem principalmente de ansiedade, depressão e distúrbios de sono. Sentem também dificuldades económicas e sociais, bem como a nível financeiro, relação familiar e com os mais próximos e isolamento (Smith et al., 2018).

Os cuidadores de pessoas com DM têm grandes desafios associados à grande carga emocional e sofrimento, pois este tipo de doença dificulta o seu relacionamento com o doente, podendo causar sérios problemas com a saúde mental do próprio cuidador. Cuidar de uma pessoa com DM exige usar as estratégias de *coping* para saber lidar com as situações de conflito e confronto e, ao mesmo tempo, distingui-las de sentimentos como rejeição e “ataque pessoal” (Heuvel et al., 2018).

Pensa-se que as pessoas com experiência de doença mental são violentas e um risco para a sociedade, contudo estes casos de violência são raros, mas quando acontecem, ocorrem em geral no ambiente familiar (Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, 2016).

Os cuidadores têm de lidar com o facto de haver um risco significativo da ocorrência de suicídio por parte do doente, sobretudo nos homens adultos jovens. O tratamento é fundamental para diminuir ou eliminar os sintomas e permitir que o doente seja mais autónomo na sua vida diária. Por isso, é muito importante seguir o plano de tratamento, tanto farmacológico (medicação) como não farmacológico (intervenções psicoterapêuticas, tratamento psicológico, eletroconvulsoterapia), e garantir que o doente adira ao tratamento para evitar possíveis recaídas (Heuvel et al., 2018; Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, 2016).

Para além da importância do tratamento, os cuidadores têm que lidar com o estado emocional do doente, uma vez que é muito mais sensível a qualquer mudança por mais mínima que seja, devido às características da doença (Heuvel et al., 2018). Tendo em conta os sintomas das DM, os cuidadores precisam de aprender a lidar com os comportamentos excessivos do doente que se tendem a manifestar com gastos compulsivos, comportamento sexual inadequado e abuso de tabaco, álcool e drogas (Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, 2016). Outro fator desafiante é a situação financeira do doente e do cuidador uma vez que, na maioria das situações, devido ao preconceito e dificuldade em relacionamento social por parte do doente, estas pessoas dificilmente conseguem arranjar emprego e tornam-se financeiramente dependentes do cuidador informal (Saraiva, 2011; Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, 2016). Os subsídios existentes para as pessoas cuidadas eram sob a forma de pensão de invalidez e complemento de deficiente e também seria possível ter isenção das taxas moderadoras (USF Anta, 2014). Contudo, com a criação do estatuto do cuidador informal, a pessoa cuidada e o cuidador podem ter mais subsídios que ajudem a nível financeiro para garantir um melhor cuidado (Lei n.º 100/2019 da Assembleia da República, 2019).

A LSM é essencial para um cuidado adequado do doente, pois aumenta as competências do cuidador informal na área da saúde que são exigidas na prestação de cuidados e também, permite ao cuidador superar as suas dificuldades, aumentar a sua autoestima e autoconfiança, e ter mais controlo na gestão do tempo e das suas tarefas. As dificuldades como obter informação sobre a doença e os tratamentos, compreender essa informação, comunicar com o profissional de saúde/família/doente, gerir o stress e as emoções, estão relacionadas com um nível baixo de LSM, podendo comprometer o bem-estar e saúde do doente como também o bem-estar do próprio cuidador informal (Jung et al., 2016).

1.3. CUIDADOS AOS CUIDADORES INFORMAIS

Para uma adequada execução destas tarefas como gerir o estado emocional, a situação financeira e os hábitos de vida da pessoa cuidada, é importante haver uma preparação e formação do cuidador de modo a melhorar os cuidados prestados, prevenir possíveis lesões e reduzir o stress. Para além disso, é necessário dar informação sobre as técnicas e ferramentas para gerir melhor o seu tempo e o seu bem-estar emocional e, também, de serviços e sistemas de apoio a que possa recorrer para facilitar a prestação de cuidados. Existe ainda pouco suporte informativo que auxilie o cuidador informal em como lidar e enfrentar as alterações emocionais e comportamentais do doente mental, no entanto é um fator muito importante para o bem-estar tanto do doente como do cuidador (Heuvel et al., 2018).

O estudo realizado pelo Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais (2021), revela que apenas 40.9% dos cuidadores conhece o estatuto e que cerca de 81.3% considera que os apoios são insuficientes. O mesmo estudo revela que as principais dificuldades e desafios associados ao papel de cuidador informal se prendem com o apoio emocional e psicológico e com outros recursos humanos (64.6%), apoios sociais (apoios do estado/associações/estatuto do cuidador) e dificuldades laborais (59.1%) e cerca 51.8% refere dificuldades financeiras e falta de formação e capacitação do cuidador informal, nomeadamente no que respeita aos cuidados a ter no tratamento e manuseamento do doente (35.6%), formação adequada patologia: tratamento, evolução e terapias (23.2%), formação para lidar com questões emocionais mentais e psicológicas (22.6%), informação sobre cuidados em geral (15.5%) e estimulação cognitiva (3.1%). Assim, é possível observar que apesar dos esforços do Estado para a inclusão dos cuidadores informais, há ainda um longo caminho a percorrer, sendo necessário repensar as políticas sociais e o papel que desempenham junto dos cuidadores informais, nomeadamente o reconhecimento do cuidador informal como um elemento fundamental na prestação de cuidados (Sousa et. al, 2021).

O conceito de LSM acarreta consigo diversas implicações e desafios para a ESMP, considerando a natureza dinâmica, e também o entendimento individual e muito próprio que cada indivíduo apresenta sobre a LSM, é imperativo que os enfermeiros considerem nas suas intervenções a avaliação do nível de compreensão de cada pessoa, a capacidade para levar a cabo atividades prescritas, o nível de motivação para a mudança, e também o estado de saúde e a idade (Parnell et al., 2019).

Os cuidados de Enfermagem assentes na visão de empoderamento dada ao cidadão trazem um nível de exigência maior na relação terapêutica, uma vez que convocam o enfermeiro

especialista em ESMP à sua participação enquanto aliado no projeto terapêutico que deve, sobretudo, ser capaz de transmitir segurança para que a pessoa evolua e desenvolva capacidades em vários domínios da sua saúde.

Neste sentido, de acordo com o Regulamento n.º 356/2015 da OE (2015), os enfermeiros promovem a LSM das pessoas, aumentando o seu nível de conhecimentos e habilidades, e capacitando-as para tomar medidas promotoras da saúde, alterando estilos de vida e condições de vida e, simultaneamente, melhorando as suas competências pessoais, tais como o autoconhecimento, a autoestima, o sentimento de controlo e a autoeficácia, as relações interpessoais e competências comunicacionais, a resolução de problemas e as estratégias de coping.

O enfermeiro especialista em ESMP deve ser capaz de envolver os utentes e também de se envolver em todos os níveis de cuidados dos mesmos, criando um ambiente livre de julgamentos, favorecedor de pedido de ajuda, que encoraje os utentes e as suas famílias a desenvolver uma atitude de questionamento positivo e curiosidade. Por isso, todas as intervenções levadas a cabo pelos enfermeiros devem ser munidas de intencionalidade terapêutica, providenciando uma intervenção planeada, suportada e, sobretudo, apropriada.

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Após a revisão da literatura pertinente ao tema em estudo, este capítulo dedica-se à descrição pormenorizada dos métodos de investigação adotados. Serão explicitadas as estratégias delineadas para a identificação, seleção e inclusão da evidência científica, bem como os procedimentos utilizados para a extração e análise dos dados. Esta abordagem metodológica visa assegurar a robustez e a transparência do processo investigativo, permitindo a reprodutibilidade e a validade dos resultados obtidos.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

A metodologia selecionada foi a *scoping review* (SR) tendo em conta que este tipo de revisão assume como principais objetivos: mapear as evidências existentes subjacentes a uma área de pesquisa, identificar lacunas na evidência existente, constituir um exercício preliminar que justifique e informe a realização de uma revisão sistemática da literatura (Peters et al., 2015).

A presente SR foi desenvolvida com base na estrutura metodológica do *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Peters et al., 2020), alinhada com o desenvolvimento da *guideline* de suporte de revisões *scoping*, *preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses* (PRISMA*) extension for scoping reviews* (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018). O protocolo da revisão foi elaborado, mas não foi publicado ou registado. No entanto, o mesmo pode ser providenciado mediante solicitação.

Importa mencionar que esta revisão cumpre as seguintes etapas consecutivas: formulação da questão de revisão e objetivo geral; definição dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos; pesquisa bibliográfica; seleção dos artigos para inclusão; análise dos artigos; extração dos dados; análise-síntese dos dados relevantes; e discussão (Peters et al., 2020).

2.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVO

Com vista à consecução da presente SR, considerando a pesquisa documental previamente realizada e o trabalho de campo, foi formulada a seguinte questão de investigação, a partir do método PCC (População, Conceito, Contexto): Quais as intervenções de promoção da LSM implementadas em CI, que influenciam os cuidados à pessoa com doença mental?

O método PCC confere suporte na clarificação dos componentes chave que integram a questão de investigação (JBI, 2015).

Este estudo tem como principais objetivos: identificar as intervenções de promoção da LSM implementadas em CI; conhecer a influência da LSM nos CI nos cuidados à pessoa com doença mental e mapear as intervenções do EESMP no aumento da LSM dos CI.

De seguida, na Tabela 1, apresenta-se o método PCC utilizado no presente estudo, a partir do qual se formulou a questão de investigação.

Tabela 1:

Método PCC do estudo de investigação

Metodologia		Orientação de busca	Descrição
P	População	Detalha as características importantes da população de interesse.	Cuidadores Informais.
C	Conceito	Detalha o foco e a orientação da revisão.	Intervenções de promoção da literacia em saúde mental.
C	Contexto	Detalha fatores como localização, configurações clínicas, académicas ou fatos culturais, sociais.	Todos os contextos.

2.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Tabela 2:

Critérios de inclusão e de exclusão dos artigos

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Participantes	Cuidadores Informais	Cuidadores Formais
Horizonte Temporal	Janeiro de 2019 a março de 2024	
Desenho	Qualitativos Quantitativos Estudos primários	Artigos de opinião. Revisão integrativa e sistemática da literatura. Estudos de caso.
Idioma	Português Inglês	

2.4. ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida nas Bases de Dados (BD) PubMed, CINAHLComplete (via EBSCOhost), Academic Search Complet (via EBSCOhost), MEDLINE Complete (via EBSCOhost), Psychology and Behavioral Sciences Collection (via EBSCOhost), considerando os resultados de pesquisa de literatura cinzenta. Foram incluídos todos os tipos de estudos (primários e secundários) quantitativos, qualitativos e mistos, em língua inglesa, portuguesa e espanhola, com data de publicação igual e superior a janeiro de 2019.

No sentido de facilitar a compreensão do processo de pesquisa dos artigos, estão apresentados, nas Tabelas 3, os resultados da pesquisa de literatura, tendo por base a utilização da totalidade das palavras-chave definidas. A pesquisa decorreu no dia 12 de abril de 2024.

Tabela 3:

Pesquisa bibliográfica recorrendo à totalidade das palavras-chave

Pesquisa	PubMed e EBSCOhost - Academic Search Complet, CINAHL complete, Medline complete, Psychology and Behavioral Sciences Collestion
Data de pesquisa	12 de abril de 2024
Local de pesquisa	Biblioteca, Polo A, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Palavras-chave	Caregivers, care providers, family caregivers, interventions, best practices, strategies, mental health, literacy
Limitadores	Published date (janeiro 2019 – março 2024); Boolean search mode; idioma português e inglês
Resultados	95

Tendo em conta que, anteriormente à procura de artigos científicos, se procedeu à seleção de alguns parâmetros, visando respeitar os critérios de inclusão e exclusão definidos para o presente estudo, tais como a identificação dos descritores com recurso à pesquisa de termos *Medical Subject Headings* (MeSH terms) na estratégia de pesquisa. Foram

identificados os MeSH *terms*: "*caregiver" "literacy" e "mental health*" em linguagem natural. Foi também utilizado o vocabulário controlado que usa descritores em ciências da saúde (DeCS) para a indexação de artigos científicos e outros documentos da área biomédica (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2021). Posteriormente, foram combinados através dos operadores booleanos "AND" e "OR", seguindo-se as recomendações do PRISMA-ScR. A estratégia de pesquisa utilizada encontra-se apresentada nas Figura 1 e 2.

Figura 1:

Estratégias de pesquisa

EBSCOhost (Academic Search Complet - 43, CINAHL complete - 5, Medline complete - 5, Psychology and Behavioral Sciences Collection - 5)		
ID	Estratégia de Pesquisa	Resultados
#1	TI (caregiver or care providers or family caregiver) OR AB (caregiver or care providers or family caregiver) OR SU (caregiver or care providers or family caregiver) Limitadores: 01/2019-03/2024; idioma em português e inglês	55,416
#2	TI (interventions or best practices) OR AB (interventions or best practices) OR SU (interventions or best practices) Limitadores: 01/2019-03/2024; idioma em português e inglês	950,719
#3	Ti (mental health and literacy) OR AB (mental health and literacy) OR SU (mental health and literacy) Limitadores: 01/2019-03/2024; idioma em português e inglês	1,920
#4	#1 AND #2 AND #3 Limitadores: 01/2019-03/2024; idioma em português e inglês	58
PubMed		
#1	((caregivers [Title/Abstract] OR care providers [Title/Abstract] OR family caregivers [Title/Abstract]) OR (caregiver [MeSH Terms])) OR (caregiver [MeSH Terms])	159,278
#2	(interventions [Title/Abstract] OR best practices [Title/Abstract] OR strategies [Title/Abstract]) OR (interventions [Other Term] OR best practices [Other Term] Or strategies [Other Term])	1,555,934

#3	((literacy [MeSH Terms]) AND (mental health [MeSH Terms])) OR (mental health [Title/Abstract] AND Literacy [Title/Abstract])	2,687
#4	#1 AND #2 AND #3 ((((caregivers [Title/Abstract] OR care providers [Title/Abstract] OR family caregivers [Title/Abstract]) OR (caregiver [MeSH Terms])) OR (caregiver [MeSH Terms])) AND ((interventions [Title/Abstract] OR best practices [Title/Abstract] OR strategies [Title/Abstract]) OR (interventions [Other Term] OR best practices [Other Term] Or strategies [Other Term]))) AND (((literacy [MeH Terms]) AND (mental health [MeSH Terms])) OR (mental health [Title/Abstract] AND Literacy [Title/Abstract])) Filters: from 2019 – 2024	37

A extração dos dados foi realizada de forma independente por dois revisores, em conformidade com as diretrizes estabelecidas pelo Joanna Briggs Institute (JBI) para a condução de revisões do tipo *scoping*. Este procedimento permitiu a identificação sistemática dos autores e a síntese dos principais resultados de cada estudo incluído, assegurando a fiabilidade e a transparência do processo de revisão. Após a realização da pesquisa, todos os duplicados foram removidos.

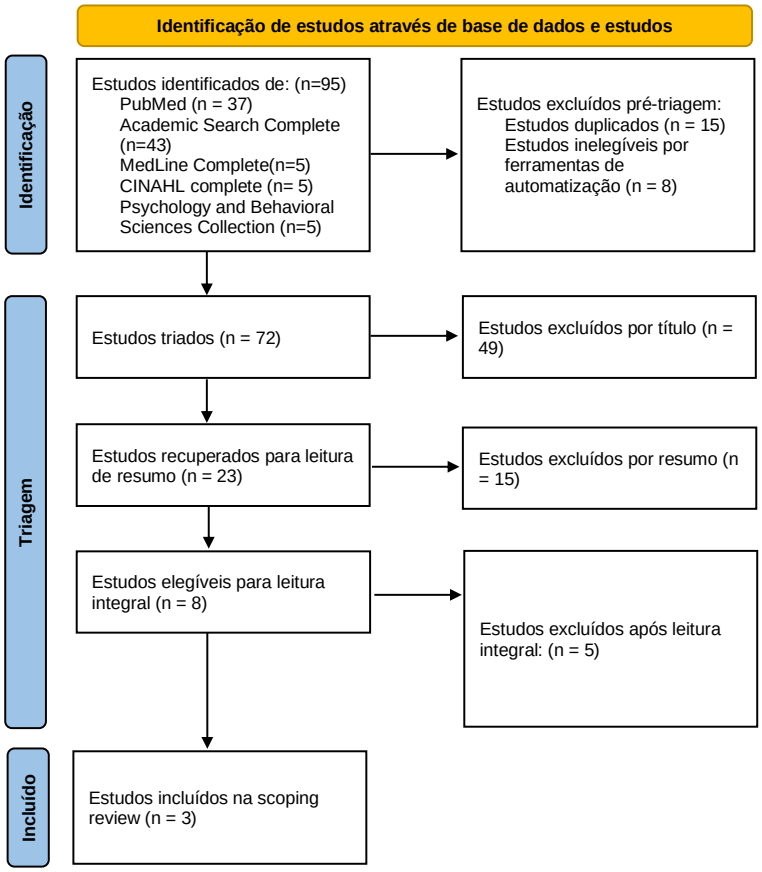
2.5. SELEÇÃO DA EVIDÊNCIA

De um total de 95 artigos, 8 foram removidos com auxílio das ferramentas de automatização do aplicativo *Rayyan*, tendo sido posteriormente removidos mais 15 artigos, por serem duplicados. Foram excluídos 49 artigos pelo título, sendo selecionados 23 artigos para leitura do resumo. Foram excluídos os artigos revisões sistemáticas e integrativas da literatura, estudos de caso, artigos de opinião. Destes, após a leitura de resumo, foram excluídos 15 por não demonstrarem pertinência para o estudo de acordos com os critérios de inclusão e exclusão. Assim, foram selecionados um total de 8 artigos com vista à sua leitura integral. Após a leitura integral destes artigos, foram selecionados 3 para constituírem a amostra final da presente SR, os restantes foram excluídos por não ir de encontro aos objetivos da presente SR. Relativamente à pesquisa efetuada nas bases de dados, os resultados obtidos encontram-se sistematizados na tabela seguinte. Para ilustrar o processo de seleção dos artigos incluídos na presente SR, foi elaborado um fluxograma de acordo com as recomendações PRISMA, em consonância com as orientações metodológicas do

JBI (2015). Esta abordagem visa garantir a transparência e a rastreabilidade das etapas inerentes à identificação, triagem e inclusão dos estudos analisados**.**

Figura 2:

Processo de seleção dos artigos a incluir na SR – Fluxograma Prisma



2.6 EXTRAÇÃO E SÍNTESE DE DADOS

A extração de dados foi realizada, recorrendo a um instrumento desenvolvido, alinhado com o objetivo e questões de revisão, como recomendado pela metodologia para SR proposto pela JBI (2015). Na extração de dados identificaram-se dados globais sobre o estudo e aspetos específicos das intervenções. A síntese dos resultados foi apresentada em formato narrativo e tabelas. Os dados foram agrupados e sumarizados a partir das categorias definidas *à priori*.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Da pesquisa realizada foram selecionados 3 artigos constituintes da amostra final da presente SR, apresentados na tabela abaixo.

Tabela 4:

Lista ordenada dos artigos científicos selecionados

Nº do Artigo	Referência Bibliográfica do Artigo
1	Campbell, J.K., Jiménez, S.P.S., Ahola, S., Hempstead, M., Shei, A., & Rothman, E.F. (2023). A trauma-informed intervention for foster caregivers in Central Massachusetts: A mixed methods pilot evaluation. *Children and Youth Services Review,*152(107086), 1-9. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.107086
2	Jerrott, S., Clark, S., Chorney, J., Coulombe, A., & Wozney, L. (2022). Feasibility of text messages for enhancing therapeutic engagement among youth and caregivers initiating outpatient mental health treatment: mixed methods study. *JMIR formative research,* 6(8), 1-12. DOI: 10.2196/35685
3	Batchelor, R., Gulshan, S., Shritharan, H., Williams, E., Henderson, C., Gillard, S., Woodham, L.A., Cornelius, V., Elkes, J., & Sin, J. (2022). Perceived Acceptability and Experirnces of a digital psychoeducation and peer support intervention (COPe-support): Interview study with carers supporting individuals with psychosis. *Journal of Medical Internet Research,* 24(2), 1-16. DOI: 10.2196/27781

Seguem-se as tabelas de extração de dados relativas a cada artigo individualmente.

Tabela 5:

Resumo do artigo nº1

Título do artigo	*A trauma-informed intervention for foster caregivers in Central Massachusetts: A mixed methods pilot evaluation.*
Autores	Julia K. Campbell, Sandra P. Soraia Jiménez, Sarah Ahola, Megan Hempstead, Amie Shei, Emily F. Rothman.
Ano, local	2023, Estados Unidos da América.

Metodologia	Estudo de método misto (qualitativo e quantitativo). O programa *Encompass* visa treinar e apoiar famílias adotivas a reconhecer traumas em crianças, atender às necessidades destas e diminuir o stress no cuidar Foram realizadas entrevistas de perguntas abertas e fechadas. Os dados quantitativos foram obtidos por meio de um pré e pós teste para avaliar a eficácia preliminar do programa *Encompass*, sobre os dados qualitativos resultaram de entrevistas com os cuidadores no final do período experimental. Todos os dados foram analisados pelo *Institutional Review Board.* Participaram no estudo 17 famílias (29 iniciais, 11 desistiram devido à falta de tempo ou incompatibilidade com as intervenções), 15 destas concluíram as intervenções na sua totalidade. Este estudo teve como objetivo avaliar a eficácia do programa piloto Encompass sobre o efeito deste nos cuidadores e também investigar o impacto do programa no conhecimento sobre trauma, na confiança no cuidado informado sobre trauma e no uso/ procura no apoio de suporte externo pelos cuidadores. A colheita de dados foi realizada através de questionários para avaliar o conhecimento sobre o trauma, a confiança no cuidar e o uso de suporte externo e também realizado entrevistas para explorar as experiências dos cuidadores com o programa.
Resultados	O estudo utilizou várias intervenções incluídas no programa *Encompass* sendo estas: sessões de com um especialista uma vez por semana sendo incluído num curso realizado pelo *National Child Traumatic Stress Network* que provêm de várias estratégias e apoio para os cuidadores. É realizado também uma vez por semana sessões com um Coach que já apresentou a mesma experiência. O programa também apresenta uma vez por semana sessões de grupos entre pares com dois Trauma Coach para aprimorar as habilidades, construção de relacionamento e promover uma rede de suporte. Durante todo o programa é oferecido suporte pela comunidade providenciando alguns bens materiais de primeira necessidade como comida, materiais escolares entre outros. O *Encompass* apresenta com resultados quantitativos um aumento

	significativo no conhecimento dos cuidadores sobre o trauma após a participação no programa, um aumento significativo na confiança dos cuidadores em fornecer cuidados específicos sobre o trauma e por fim um aumento significativo no pedido de ajuda no cuidar da criança, promovendo menores sinais de exaustão. Sobre os resultados qualitativos os cuidadores consideraram o programa *Encompass* útil e agradável, mas evidenciando que questões sistémicas no apoio das entidades do estado contribuíram para a insatisfação e dificuldades no processo de acolhimento da criança no seio familiar.
Contextos	Comunidade.

Tabela 6:

Resumo do artigo nº2

Título do artigo	*Feasibility of text messages for enhancing therapeutic engagement among youth and caregivers initiating outpatient mental health treatment: mixed methods study.*
Autores	Susan Jerrott, Sharon Clark, Jill Chorney, Aimee Coulombe, Lori Wozney.
Ano, local	2022, Canada.
Metodologia	Estudo quantitativo. Este artigo explora a viabilidade do uso de mensagens de texto para melhorar o envolvimento terapêutico de jovens e seus cuidadores no início do tratamento ambulatório em serviços de saúde mental. Este estudo focou-se no objetivo de desenvolver e testar a viabilidade da implementação de duas campanhas de mensagens de texto direcionadas a jovens e seus prestadores de cuidados durante a fase inicial nos serviços de saúde mental de ambulatório. Os dados da análise da *web* e de pesquisa foram apurados em 2 fases entre janeiro de 2020 e maio de 2021. Os participantes foram constituídos por 41 cuidadores e 36 jovens que consentiram em participar nas intervenções. A intervenção integrava um painel multidisciplinar de especialistas que desenvolveu duas intervenções de 12 mensagens com jovens e cuidadores antes da implementação. Cada mensagem incluía um *link* para recursos

	externos interativos ou de multimédia para para ampliar o desenvolvimento de competências. As mensagens de texto foram entregues automaticamente duas vezes por semana durante 6 semanas. Os resultados dos jovens e cuidadores foram colhidos através de estatísticas descritivas como também aplicado um questionário tipo *Likert* para avaliar a satisfação, o envolvimento, o valor percebido, o impacto e a vontade de persistir nas intervenções.
Resultados	No estudo, as intervenções foram administradas através de mensagens de texto com os temas: emoções difíceis; medos; gestão da raiva; higiene do sono; estratégias de autocuidado; resolução de problemas; pensamentos negativos; *mindfulness*; redes sociais; mudança de comportamentos e relaxamento. Foram desenvolvidas por um grupo de especialistas (profissionais com competências psicoterapêuticas e psicólogo) estas mensagens são enviadas duas vezes por semana com links para que os jovens com doença mental e cuidador possam aceder promovendo estratégias eficazes de *coping*. Em relação à participação e continuação do programa, as taxas de resposta da pesquisa através dos links fornecidos foram de 54% (22/41) e 44% (16/36) para cuidadores e jovens, respetivamente. Mais de 1500 mensagens de texto foram enviadas ao longo do período em estudo. Sobre o impacto das intervenções nos jovens conclui-se que 88% destes relataram ter aprendido algo novo e percecionado uma mudança positiva em si mesmos devido às mensagens recebidas, 88% dos jovens (14/16) referem que recomendariam as mensagens de texto a outros. Sendo que a mensagem de texto inicial, relacionada a lidar com emoções difíceis, foi considerada a mais útil de todas pelos jovens. No impacto do estudo nos cuidadores foi obtido 73% dos cuidadores (16/22) estavam satisfeitos com as mensagens de texto e recomendariam a outros, relataram agir de forma diferente devido as mensagens recebidas. Os cuidadores perceberam diversos níveis de valor nos tópicos das mensagens de texto. Pelo menos um cuidador referiu que 9 das 12 mensagens de texto foram classificadas como as mais úteis. Tanto jovens quanto seus cuidadores expõem que as mensagens consideradas mais uteis na aquisição de conhecimentos como também na mudança de comportamentos estavam associadas a estratégias para lidar com emoções difíceis. Além disso,

	destacaram a relevância do programa na combinação de mensagens curtas com links para recursos externos interativos, uma mais-valia no envolvimento dos jovens durante as etapas iniciais do seu percurso terapêutico.
Contextos	Comunidade.

Tabela 7:

Resumo do artigo nº3

Título do artigo	*Perceived Acceptability and Experirnces of a digital psychoeducation and peer support intervention (COPe-support): Interview study with carers supporting individuals with psychosis.*
Autores	Rachel Batchelor, Sarah Gulshan, Halpana Shritharan, Elen Williams, Claire Henderson, Steve Gillard, Luke A Woodham, Victoria Cornelius, Jack Elkes, Jacqueline Sin.
Ano, local	2022, Reino Unido.
Metodologia	Estudo qualitativo. O artigo explora a experiência e a aceitabilidade de um programa digital de psicoeducação e apoio de pares (*COPe-support*) para cuidadores de pessoas com psicose. O estudo tem como objetivos explorar as experiências dos cuidadores e aceitabilidade percebida do apoio do *COPe-support* e os seus diferentes componentes; compreender juntos dos cuidadores como a utilização do programa *COPe-support* afetou o seu próprio bem-estar e a forma como prestam cuidados; e por fim obter ideias dos prestadores de cuidados para melhorar o apoio ao *COPe-support* e a sua prestação para possível futura implementação mais ampla. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais aprofundadas para colheita de dados, posteriormente analisados. Foram entrevistados 35 cuidadores informais após 8 meses de utilização do programa *COPe-support* através de um ensaio clínico randomizado e controlado com recurso à web. O *COPe-support* é uma intervenção psicoeducacional baseada na web que oferece informações sobre psicose e questões relacionadas ao cuidado,

	orientação sobre promoção do bem-estar, um repertório de recursos externos e dois fóruns online (um para perguntas a especialistas e outro para apoio de pares) estes fóruns eram monitorizados por uma enfermeira com experiência em saúde mental. Os resultados foram obtidos através de entrevistas semiestruturadas com perguntas abertas para explorar as experiências dos cuidadores, a aceitabilidade da intervenção e sugestões de melhorias. As entrevistas foram realizadas remotamente, gravadas em áudio e transcritas.
Resultados	O *COPe-support* é um programa de intervenção de psicoeducação e apoio interpares inteiramente baseada na web, coproduzida por cuidadores e pessoas com experiência tendo como público alvo os cuidadores informais de indivíduos com psicose. Foram identificados três temas principais: suporte remoto, flexível e personalizado pois os cuidadores consideraram o *COPe-suppo*rt uma fonte flexível de conhecimento e apoio de profissionais e pares, que podiam personalizar para atender às suas necessidades e conveniência. Impactos no bem-estar e na perspetiva sobre o cuidado visto que os participantes relataram ganhar autoconfiança, esperança e uma perceção de conexão com outras pessoas em situações semelhantes, o que ajudou a aliviar o isolamento e o estigma percebido. O apoio do *COPe-support* levou também aos cuidadores a priorizar o seu próprio bem-estar. Estes impactos motivaram a alguns cuidadores a aceder a mais apoio externo e a envolverem-se mais com os profissionais de saúde para benefícios a longo termo. Por fim sobre a implementação e integração futuras com os serviços existentes, os cuidadores forneceram sugestões para melhorar o programa *COPe-support,* incluindo mais conteúdo audiovisual, melhor navegação, mais opções de interação e personalização (como reações com emojis, chat ao vivo e opções para ativar/desativar atualizações). Também enfatizaram a importância de alcançar mais cuidadores e integrar os recursos online com os serviços convencionais. As experiências, o uso e a atividade dos participantes no programa variam amplamente, de acordo da idade e do nível de alfabetização digital.
Contextos	Comunidade.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A presente SR objetiva o estudo dos cuidadores informais e mapeia as intervenções em termos da sua literacia em saúde mental e como esta influência os cuidados à pessoa com doença mental e intervenções para o aumento da literacia.

Segundo o Guia orientador de boas práticas de promoção da literacia em saúde mental, a LSM positiva é um construto dinâmico que resulta de ações de promoção da saúde psicológica e física, o seu funcionamento e a interação social, a capacidade de resolução de problemas, a produtividade, a autoestima, os resultados de aprendizagem, a resiliência e a motivação. A LSM é, também, um recurso ou mediador de bem-estar e da saúde mental, permitindo à pessoa desempenhar um papel preventivo no desenvolvimento das perturbações mentais (Sampaio et. al 2023).

Partindo da questão primária de investigação - "Quais as intervenções de promoção da LMS implementadas em CI, que influenciam os cuidados à pessoa com doença mental?" -, podemos verificar perante os resultados previamente descritos que existe variedade de intervenções, indo ao encontro das necessidades dos CI descritas na literatura, nomeadamente, a psicoeducação, os grupos de apoio e o descanso do cuidador.

Segundo Nascimento et. al (2022), a literacia em saúde é crucial para capacitar os cuidadores informais, permitindo que acedam, compreendam e utilizem informações de saúde de forma eficaz. Esse conceito é diretamente aplicável aos resultados dos artigos 2 e 3, pois segundo o artigo 2 na intervenção de LSM através das mensagens de texto para jovens e cuidadores demonstrou ser uma ferramenta acessível para melhorar o conhecimento sobre regulação emocional e autocuidado. No entanto, a percentagem de desistência (54% cuidadores; 44% jovens) pode refletir barreiras relacionadas com a literacia digital ou a dificuldade em compreender a relevância das mensagens. Reforça que intervenções digitais devem ser acompanhadas por estratégias que melhorem a literacia digital dos cuidadores, permitindo maior envolvimento e compreensão das informações transmitidas.

O programa *COPe-support* obteve sucesso pela sua flexibilidade e impacto positivo no bem-estar dos cuidadores. Contudo, o programa registou algumas variações aquando do seu uso, devido à escassa literacia digital. Um dos entraves à aplicação das intervenções, conforme descrito nos artigos 2 e 3, prende-se com o facto de os cuidadores com baixa literacia em saúde e dificuldade de acesso a instrumentos digitais enfrentarem mais dificuldades na apreensão de informações relevantes, criando uma barreira impermeável ao benefício das intervenções.

Em contrapartida, no artigo 1, o programa *Encompass* centra-se numa abordagem de métodos mistos permitindo aos cuidadores tenham acesso as intervenções e exponham as suas dúvidas ao trauma *caoch.* Os cuidadores identificaram um aumento no seu conhecimento em como atuar em situações de crise tendo um cuidador no artigo 1 referido que foi uma mais valia ter um Trauma Coach em que ajuda na nova transição no cuidar de uma criança adotiva com trauma sendo que o Coach já esteve anteriormente na mesma situação (Campbell et.al, 2023).

Estes resultados vão de encontro ao que Nascimento et al (2022) aborda, referindo que a transformação das estruturas familiares, caracterizada pelo processo de transição nas famílias, aliada à maior mobilidade laboral que desloca as famílias dos seus contextos originais, dificulta a entreajuda. Além disso, fatores como o desemprego, os recursos financeiros disponíveis e o nível de escolaridade dos CI podem exercer um impacto significativo na prestação de cuidados.

Paninho (2023) alega uma crescente importância dos cuidadores informais no contexto da desinstitucionalização de pessoas com doença mental, especialmente aquelas com diagnóstico de psicose. Aponta que, embora essa desinstitucionalização vise melhorar a qualidade de vida das pessoas com doença mental, é transferida uma grande responsabilidade para os familiares, muitos dos quais não estão preparados para o papel de cuidadores. Pois a falta de conhecimento dos cuidadores informais pode levar a um aumento do stress, sobrecarga e dificuldades no cuidado à pessoa com doença mental, sendo crucial oferecer suporte e capacitação adequados aos cuidadores para que possam desempenhar o seu papel de forma eficaz e sustentável.

No estudo 3 os cuidadores sentiram que o programa *COPe-suport* providenciava informação cuidada e relevante que os ajudava na atividade quotidiana de cuidar da pessoa com psicose, principalmente para cuidadores sem experiência neste âmbito devido à insegurança sentida na prestação dos cuidados. Referem também que com o conhecimento adquirido lhes aumentou a confiança em atuar com o familiar e na sua capacidade de cuidar (Batchelor et. al, 2022).

Como descrito por Paninho (2023), identifica que as intervenções psicoeducacionais são eficazes para melhorar o conhecimento, as habilidades de *coping* e o bem-estar dos cuidadores informais de pessoas com doença mental. Refere ainda que psicoeducação deve ser uma componente essencial de qualquer programa de apoio aos cuidadores informais, as intervenções psicoeducacionais devem ser adaptadas às necessidades e características específicas de cada cuidador e família.

Em contrapartida, o artigo 2 foi identificado que 45% dos cuidadores sentiram que as mensagens de texto não eram úteis para os preparar para a próxima etapa do tratamento. Isto pode acontecer porque os cuidadores nem sempre se consideram parte do tratamento e, em vez disso, concentram-se nos seus jovens como principais responsáveis. Os cuidadores podem não ter visto o seu papel como uma parte vital no percurso de recuperação de saúde mental ou algo para o qual precisavam de se preparar (Jerrott et al., 2022).

O estudo não explorou as expectativas dos cuidadores em relação às vias de tratamento e como as mensagens de texto poderiam apoiar transições ou socializar ainda mais os cuidadores quanto ao seu papel vital no sucesso de recuperação dos jovens. A recolha e análise de dados em díades cuidadores-jovens poderia também ajudar a descobrir efeitos, interações e associações importantes, exclusivas de dinâmicas familiares específicas no percurso de recuperação do jovem (Jerrott et al., 2022).

Na visão de Rodrigues (2021), uma abordagem multifamiliar é reconhecida como uma estratégia eficaz para melhorar a comunicação, reduzir o isolamento e promover o empoderamento dos cuidadores, sendo a psicoeducação fundamental para aumentar a compreensão da doença mental e reduzir o estigma.

No artigo 2 os jovens com doença mental referem que as mensagens recebidas ajudaram, 88% da população alvo jovem, refere ter alterado comportamentos, estando estes mais despertos no seu próprio autoconhecimento e as mensagens recebidas estavam alinhadas com o *timing* do jovem na sua jornada de recuperação. Nos cuidadores houve menos consenso nas respostas, apenas 45% destes refere apresentar comportamentos diferentes neste período e 63% referem que aprenderam com as mensagens e notaram a sua atuação com o seu familiar diferente referindo que existe mais conversa com o adolescente e quando são abordados temas difíceis o seu tom de conversa não apresenta grandes oscilações (Jerrot et. al, 2022).

É evidenciado pelos artigos 1 e 3 que os grupos de apoio são algo que os cuidadores valorizam muito. Segundo Campbell et al. (2023) as intervenções na comunidade, os grupos de apoio e materiais fornecidos melhoram a satisfação e o conhecimento do cuidador, pois fornecem apoio social que podem considerar incluir ou identificar outros apoios especificamente relacionados com as complexidades do sistema de bem-estar infantil de forma mais ampla.

Enquanto Batchelor et al. (2022) sobre os grupos de apoio, refere que os cuidadores identificam como um sentimento de pertença, mais conectados e ter uma sensação de solidariedade e unidade com os outros para prosseguir na jornada do cuidar nos grupos de

apoio, visto que nos fóruns que o programa *COPe-suport* proporcionava demonstrou que muitos cuidadores discutiam sentimentos de solidão e isolamento vividos, e assim na partilha de experiências no cuidar demonstrou que outros cuidadores estavam a passar por experiências semelhantes e dificuldades relacionáveis, contribuindo para que se sintam menos alienados e isolados. Concluiu, assim, que os cuidadores valorizavam ter um sentido de comunidade e conexão, que surgiram naturalmente da partilha de experiências e desafios semelhantes e sentimentos mútuos compreendendo algo, que muitas vezes falta nas suas próprias vidas.

Paninho (2023) argumenta que programas de apoio ao CI da pessoa com doença mental, devem incluir: sessões psicoeducacionais em grupo ou individuais; apoio emocional e social; capacitação dos CI em estratégias de comunicação e resolução de problemas; e por fim, informações sobre recursos e serviços disponíveis na comunidade. A inclusão de diferentes componentes no programa (psicoeducação, apoio emocional, treino em habilidades) reconhece a complexidade das necessidades dos cuidadores e a importância de uma abordagem abrangente, assim, estes programas de apoio visam atender às necessidades específicas dos cuidadores informais de pessoas com doença mental.

Foi notório, no estudo 3, que alguns cuidadores discutiram como o apoio do *COPe-suport* não só proporcionou bem-estar dos seus entes queridos, mas também o seu próprio. Isto incluiu a importância de reconhecer as suas próprias necessidades, concentrando-se no autocuidado e promovendo rotinas mais saudáveis, tais como melhorar a sua dieta, exercício físico e higiene do sono. O programa ajudou os cuidadores a reconhecerem que as suas necessidades de apoio eram válidas e reconhecidas, reduzindo a culpa associada com o seu próprio bem-estar. Alguns cuidadores descreveram como o apoio do *COPe-suport* proporcionou espaço e tempo pessoal para refletir sobre a sua jornada como cuidadores, estando mais em contacto com as suas emoções e ouvir as reflexões dos outros (Batchelor et al., 2022).

É evidente a importância da saúde mental como um elemento central para o bem-estar geral e aponta que ela é frequentemente desvalorizada, impactando negativamente a funcionalidade das pessoas e a sociedade. Cuidadores informais de pessoas com doença mental são particularmente vulneráveis, apresentando maior risco de desenvolver problemas de saúde mental devido ao stress associado aos cuidados (Rodrigues, 2021).

O mesmo autor alega ainda que a necessidade de intervenções focadas na saúde mental dos cuidadores informais é crucial para garantir o seu bem-estar e a qualidade dos cuidados prestados. O papel do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica (EESMP) é

fundamental para apoiar esses cuidadores, promovendo a sua saúde mental e fornecendo estratégias para lidar com as dificuldades (Rodrigues, 2021).

Paninho (2023) corrobora que os CI enfrentam múltiplos desafios ao longo do processo de cuidar, os quais geram tanto sobrecarga objetiva quanto subjetiva. Entre as principais necessidades apontadas pelos cuidadores estão o apoio na adaptação às novas rotinas, a orientação sobre a doença mental (DM) e uma maior atuação dos profissionais de saúde na preparação para a tarefa de cuidar, tanto antes da alta da pessoa com doença mental quanto no acompanhamento após a alta, promovendo um vínculo mais consistente entre ambos.

Assim, conclui-se que intervenções voltadas para CI devem considerar tanto fatores individuais (vulnerabilidade socioeconómica) quanto estruturais (como políticas públicas). Para maximizar seu impacto é essencial investir na capacitação dos CI, promovendo a sua autoeficácia e autonomia e a LSM; as intervenções de LSM devem ser acessíveis e acompanhadas por suporte técnico especializado para ultrapassar barreiras na realização destas; políticas públicas robustas são necessárias para criar redes formais de suporte e grupos de apoio acessíveis que complementem essas intervenções. Estas abordagens podem melhorar significativamente o bem-estar dos cuidadores e a qualidade dos cuidados prestados à pessoa cuidada.

Dessa forma, destaca-se a relevância de desenvolver estratégias e intervenções de enfermagem, por parte dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria (EEESMP), que incluam os cuidadores informais. Essas ações devem capacitá-los para lidar com a doença mental, identificar e intervir nos sinais e sintomas relacionados à sobrecarga e valorizar o seu papel como cuidadores. As intervenções podem ser realizadas individualmente ou em grupo, conforme necessário. É fundamental que o CI seja visto não apenas como um parceiro ou recurso nos cuidados, mas também como alguém que necessita de suporte e atenção. Por isso, a relação entre os cuidadores informais e os profissionais de saúde deve continuar mesmo após a alta do utente (Paninho, 2023).

O Plano de Ação para a Literacia em Saúde (Arriaga et al., 2018) tem como propósito melhorar os níveis de literacia em saúde da população portuguesa, considerando as diferentes etapas do ciclo de vida e os contextos em que as pessoas se encontram, funcionando como um guia para práticas exemplares. Este plano está alinhado com os objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde (PNS) e reflete-se nas políticas de saúde, como evidenciado no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026. Um dos seus objetivos estratégicos é “aumentar a literacia e a participação do doente,

família, cuidador e sociedade na segurança da prestação de cuidados" (Despacho n.º 9390/2021, 2021, p.99).

Reconhecendo que os CI são parte essencial para a organização, provisão e sustentabilidade dos sistemas de saúde (Eurocarers, 2024), torna-se fundamental compreender quem são os CI em Portugal e as suas necessidades específicas.

Outro aspeto referido por Paninho (2023) é a crescente necessidade de investir na melhoria da qualidade dos cuidados na área da saúde mental, com especial foco nos CI, na gestão da DMG e na dependência psicossocial que esta acarreta.

Os programas de intervenção delineados nos artigos, apresentam no conteúdo de cada sessão características da intervenção psicoeducativa e psicossocial, intervenções essas que fazem parte das competências especificas do EEESMP. Essas competências permitem executar cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (Regulamento nº 515/2018 OE, 2018).

Reavivo, ainda, que a aplicação de intervenções psicoeducativas torna-se revelante na medida em que a psicoeducação facilita a mudança de comportamentos e atitudes, a partir da possibilidade de transmissão de conhecimentos sobre a sua situação de saúde, aliando a capacitação através da enunciação de estratégias, na gestão dos seus recursos internos, para lidar com as dificuldades com que se deparam (Amaral, Almeida & Sousa, 2020). A intervenção psicossocial, visa aumentar a capacidade de desenvolvimento do ser humano, da família e da comunidade, permitindo que os indivíduos exerçam controle e poder sobre o seu ambiente individual e social (Araújo et al., 2011).

4.1. LIMITAÇÕES

Esta SR foi influenciada pelo número de estudos incluídos e pelas características inerentes de uma amostra pequena, pelo que os resultados devem ser vistos com cautela. A limitação idioma (inglês e português), o número de artigos, o período de investigação e o facto de não ter sido explorada a literatura cinzenta não publicada, assim como o número de estudos relevante para a investigação são constrições que evidencio nesta revisão.

Contudo, devido ao pequeno número de resultados de estudos primários incluídos e respetiva heterogeneidade entre eles, bem como a ausência de estudos na população portuguesa, os resultados presentes devem ser interpretados com ponderação. Mais estudos de alta qualidade sobre as intervenções de enfermagem, e mais concretamente do

EEESMP, na promoção LSM nos CI e respetiva caracterização, devem ser realizados e publicados.

Como foi possível verificar, não foram identificados até ao momento estudos realizados por EEESMP com programas de LSM direcionadas aos CI que estão a cuidar de pessoas com doença mental grave. Todavia, a utilização de intervenções que promovam a LSM podem ser uma ferramenta para a promoção da saúde mental e a prevenção de doenças mentais no cuidador como também uma melhoria nos cuidados prestados à pessoa cuidada. Deste modo, mais publicações específicas na área de ESMP, poderiam ter sido importantes para esta revisão de forma a revelar um conhecimento representativo destas intervenções.

Esta SR permitiu reunir informação relativa às intervenções LSM podendo esta constituir-se como o ponto de partida para a sistematização de intervenções e posterior avaliação da sua validade de conteúdo e eficácia na prática clínica. É necessária mais evidência estatística acerca da eficácia da LSM nos cuidados à pessoa com doença mental realizados pelo CI, pois será imprescindível realizar mais estudos que traduzam significância estatística. Estudos futuros devem ter em conta o tamanho da amostra e tempo de aplicação da intervenção para permitir uma melhor análise dos resultados e conclusões. Ficando evidenciada a necessidade de utilização de um instrumento (escala de avaliação) validada e adequada para a população em estudo, pré e pós programa de intervenção, cuja duração mínima seja adequada tendo em conta espaço temporal versus efeito, e respetivo follow-up.

5. SÍNTESE FINAL

Em suma, considero que a presente SR responde à questão de investigação previamente elaborada: quais as intervenções de promoção da LMS que estão a ser implementadas em CI, que influenciam os cuidados à pessoa com doença mental?

O principal objetivo do estudo passou por identificar quais as intervenções para a promoção de LSM nos CI e a sua influência nos cuidados prestados, o que se considera atingido.

É fundamental a intervenção do EESMP sendo os cuidadores considerados como um grupo de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental, é particularmente desafiante e urgente que os enfermeiros estejam preparados, científica e tecnicamente, para a promoção da LSM dos cuidadores. A saúde mental é uma componente integrada e essencial da saúde do cuidador, ocupando a literacia um espaço basilar na sua promoção. O Plano Nacional de Saúde 2021-2030 (DGS, 2021) considera crucial o desenvolvimento de estratégias de intervenção inovadoras, direcionadas para o envelhecimento da população, nas quais a capacitação do cuidador assume uma posição de destaque (Sampaio et. al, 2023).

Os artigos selecionados compartilham temas comuns relacionados à melhoria dos cuidados de saúde mental para os CI, sendo estes, intervenções de LSM digitais ou baseadas em tecnologia são eficazes para aumentar o conhecimento, promover autocuidado e reduzir barreiras ao acesso de cuidados de saúde; a personalização e flexibilidade são fatores críticos para o sucesso das intervenções em LSM; as barreiras sistémicas ou tecnológicas podem limitar os benefícios percebidos pelos CI devido à baixa literacia digital o que cabe ao enfermeiro realizar as intervenções sobre LSM com recurso a outros meios; e por fim as intervenções LSM nos CI devem ser integradas na carteira de serviços da UCC e serviços hospitalares centrais para alcançar maior impacto

Na experiência adquirida seja profissional ou em contexto de estágio foi notório que maioritariamente os CI apresentavam baixa literacia digital, devido a serem pessoas com idade avançada ou não apresentam recursos financeiros para tal, assim as intervenções de LSM através dos recursos digitais podem ser desajustadas.

Durante o meu percurso nos estágios acima descritos, houve oportunidade de observar as inseguranças e preocupações do cuidador, sobretudo se os seus cuidados estavam a ser benéficos prevalecendo o medo de estar a prejudicar, de alguma forma, o seu familiar. No período de estágio na UCC, pude observar por um dia a equipa ECCI nas visitas domiciliárias, com vista a observar, avaliar e implementar as intervenções do EEESMP no cuidador informal, pois era uma dificuldade identificada pela equipa, visto que muitas vezes são observados alguns sintomas de *stress* nestes. Durante o estágio hospitalar não tive

oportunidade de contactar com os familiares da pessoa com doença mental, pois o processo de recuperação era mais focado na pessoa internada, envolvendo pouco os familiares. Enquanto no estágio hospitalar observacional pude compreender como os familiares eram envolvidos no processo de recuperação e no bem-estar da pessoa com doença mental, pois a equipa desenvolvia sessões de psicoeducação com os familiares e a pessoa internada, de modo a desmistificar a doença mental como também promover o aumento da LSM para que o cuidador saiba como atuar em situações de crise.

No estágio de CP, a minha intenção de aumentar o conhecimento do cuidador incidiu na preparação do luto, tentando prevenir o luto patológico, visto que quando a pessoa com doença terminal chegava aos CP os conhecimentos sobre a doença já se encontravam cimentados.

No meu percurso apenas tive oportunidade de realizar uma sessão de grupo com os cuidadores informais na UCC incluída no projeto “Cuidar Sem Stress”. Tendo este como principal objetivo a partilha das suas histórias de vida, a expressão de emoções, o encorajamento da expressão de estratégias utilizadas para lidar com as dificuldades apresentadas, como também a promoção de laços entre os cuidadores. Estes referiram grande satisfação na partilha de experiências diminuindo assim as emoções negativas (sentimentos de tristeza, ansiedade e exaustão emocional) e o isolamento. O que corrobora com os resultados encontrados nos estudos 1 e 3.

Apesar das diferenças nos contextos, todos os artigos reforçam a importância de intervenções em LSM baseadas em evidências que atendam às necessidades específicas dos CI. Assim conclui-se o potencial das intervenções discutidas como ferramentas valiosas na promoção da saúde mental e do bem-estar do CI como também na pessoa cuidada.

No Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, o EEESMP maximiza o bem-estar das pessoas e complementa as atividades de vida relativamente às quais a pessoa é dependente, promovendo o bem-estar e o autocuidado, procurando assim, permanente a excelência no exercício profissional (OE, 2011).

Apesar de não ter sido selecionado nenhum estudo que aborde diretamente as competências especificas do EEESMP, é possível identificar várias áreas que são foco do seu cuidado visto que, além de utilizar a si próprio como um instrumento terapêutico, desenvolve experiências, conhecimentos e habilidades que lhe permitem aplicar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais na sua prática profissional. Essa atuação clínica favorece o estabelecimento de relações de confiança e parceria com os clientes, ajudando-os a compreender melhor os seus

problemas (*insight*) e a identificar novas soluções para enfrentá-los (Regulamento nº 515/2018 OE, 2018).

Outro aspeto referido no regulamento, no contexto do tratamento de pessoas com doença mental, as intervenções realizadas pelo EESMP têm como objetivo ajudar tanto o paciente quanto a sua família a lidar com os desafios específicos da doença mental. Essas intervenções incluem o incentivo à adesão ao tratamento, o desenvolvimento do autocuidado, a realização de atividades ocupacionais úteis e o apoio na gestão do stress dos cuidadores. O foco está em prevenir o agravamento da condição do paciente, evitar a exclusão social e promover a recuperação e a melhoria da qualidade de vida de toda a família (Regulamento nº 515/2018 OE, 2018).

O autoconhecimento e desenvolvimento pessoal do EEESMP é fundamental para estabelecer uma relação terapêutica com a população em estudo. Tendo em conta os conhecimentos científicos, técnicos e humanos e as competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais (Regulamento n.º 515/2018 da OE, 2018). Assim o EEESMP pode desenvolver projetos que promovam o bem-estar e a saúde mental dos CI sendo necessário abarcar todas as competências do EEESMP para a otimização das intervenções nesta população vulnerável e em crescimento exponencial em Portugal.

CONCLUSÃO

A realização do presente relatório permitiu-me refletir de forma crítica sobre o processo de ensino-aprendizagem, mobilizar os conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridos no domínio das metodologias de investigação em enfermagem na área da especialização em ESMP e utilizar um discurso próprio da disciplina, com rigor científico, comunicando as conclusões, conhecimentos e raciocínios, de forma clara e sem ambiguidades. Permitiu, também, refletir acerca da aquisição de competências profissionais especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, através da descrição das intervenções realizadas em situações complexas, nos diversos contextos de estágio: Unidade de Cuidados na Comunidade de Cantanhede, Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Baixo Mondego e Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Pediátrico de Coimbra.

Relativamente ao componente de investigação de enfermagem, a SR "Literacia dos cuidadores informais e sua influência nos cuidados à pessoa com doença mental", permitiu-me adquirir novas competências e conhecimentos. A escolha da temática em literacia em saúde mental nos cuidadores informais foi feita após as necessidades identificadas a nível profissional e com base na pesquisa documental previamente realizada. Considera-se que a presente SR deu resposta à questão de investigação "Quais as intervenções de promoção da Literacia em Saúde Mental que estão a ser implementadas em Cuidadores Informais, que influenciam os cuidados à pessoa com doença mental?", uma vez que as evidências documentam estratégias que promovem o aumento de LSM e por sua vez melhoram os cuidados na pessoa com doença mental como também nos próprios cuidadores sendo que estes constroem estratégias de *coping* eficazes para reduzir a sobrecarga do cuidador. Os resultados contribuirão para facultar práticas de enfermagem diferenciadas e especializadas em ESMP.

O Curso de Mestrado em ESMP permitiu-me desenvolver Competências Específicas do EEESMP: detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional; assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental; ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto; presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (Regulamento n.º 515/2018 da OE, 2018). Permitiu também desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista: responsabilidade profissional, ética e

legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019 da OE, 2019).

Ao longo deste percurso, foi possível consolidar e aprofundar conhecimentos de natureza teórica, científica e prática, os quais proporcionaram uma reflexão crítica e fundamentada sobre a prestação de cuidados em enfermagem. Este processo contribuiu para o desenvolvimento de competências essenciais, nomeadamente na tomada de decisão, iniciativa, sentido de responsabilidade e autonomia, promovendo simultaneamente o crescimento pessoal e o aperfeiçoamento profissional contínuo.

Ao longo do meu percurso neste mestrado pude obter uma visão diferente do papel do EEESMP e compreender a importância da intervenção de enfermagem em diversos contextos. O investimento pessoal aplicado a este mestrado contribuiu, igualmente, para a qualificação, maturação e valorização pessoal e profissional.

BIBLIOGRAFIA

Amaral, A. C., Almeida, E. & Sousa, L. (2020). Intervenção Psicoeducacional. In Sequeira, C., & Sampaio, F. (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções*. (pp. 174-176) Lidel.

Araújo, L., Coelho, C., Mendonça, E., Vaz, A., Siqueira-Batista, R., & Cotta, R. M. (2011). Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil. *Revista Panam Salud Publica, 30*(1), 80-6. https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2011.v30n1/80-86

Arriaga, M. T; Santos, B.; Silva, A. Mata, F.; Chaves, N.; Freitas, G. (2019). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde/Health Literacy Action Plan Portugal 2019-2021*. DGS. https://splsportugal.com/wp-content/uploads/2023/07/2019-2021-PLANO-ACAO-PARA-A-LITERACIA-EM-SAUDE-DGS.pdf

Associação Nacional de Cuidadores Informais. (2023). Relatório de atividades 2022. https://ancuidadoresinformais.pt/wp-content/uploads/2023/04/relatorio-de-actividades-2022_associacao-nacional-de-cuidadores-informais.pdf

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2023). Publico Geral. Público em geral | APCP - Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

Batchelor, R., Gulshan, S., Shritharan, H., Williams, E., Henderson, C., Gillard, S., Woodham, L.A., Cornelius, V., Elkes, J., Sin, J. (2022). Perceived Acceptability and Experirnces of a digital psychoeducation and peer support intervention (COPe-support): Interview study with carers supporting individuals with psychosis. *Journal of Medical Internet Research,* 24(2), 1-16. DOI: 10.2196/27781

Benavente, A., Rosa, A., Costa, A. F., & Ávila, P. (1996). *A Literacia Em Portugal – Resultados de uma pesquisa Extensiva e Monográfica*. Fundação Calouste Gulbenkian

Chappell, N. L., & Reid, R. C. (2002). Burden and Well-Being Among Caregivers: Examining the Distinction. *The Gerontologist, 42*(6), 772–780. doi:10.1093/geront/42.6.772

Campbell, J.K., Jiménez, S.P.S., Ahola, S., Hempstead, M., Shei, A., & Rothman, E.F. (2023). A trauma-informed intervention for foster caregivers in Central Massachusetts: A mixed methods pilot evaluation. *Children and Youth Services Review,*152(107086), 1-9. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.107086

Cavaco, A. M., & Várzea, D. (2010). Contribuição para o Estudo da Leitura de Folhetos Informativos nas Farmácias Portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Publica, 28*(2), 179–186.

Coelho, V. A. P. (2018). *Qualidade de Vida, Sobrecarga, Burnout, Sintomas Psicopatológicos e Estratégias de Coping em Cuidadores Formais e Informais*. [Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia]. Repositório da Universidade de Lisboa. http://hdl.handle.net/10451/38254

Decreto Legislativo Regional n.º 5/2019/M da Região Autónoma da Madeira. (2019). *Diário da República: 1.ª série, n.º 135*. https://dre.pt/application/conteudo/123234424

Despacho n.º 10143/2009 do Ministério da Saúde. (2009). *Diário da República: II série, n.º 74*. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10143-2009-2216310

Despacho nº 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). *Diário da República: II série, nº 187*. https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094

DGS (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030 *Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. https://pns.dgs.pt/files/2023/02/PNS2021-2030_Saude-da-Populacao-em-Portugal.pdf

Erse, M., Simões, R., Façanha, J., Marques, L., & Santos, J. (2014). + *Contigo: Promoção de Saúde Mental e Prevenção de Comportamentos Suicidários na Comunidade Educativa*. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem. https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=579&c odigo=

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2023). Unidade Curricular: Estágio com Relatório – Guia Orientador. Coimbra.

Eurocarers (2024, outubro, 18). *About carers – Why carers count?*. https://eurocarers.org/about-carers/

Gil, I. M. A., Costa, P. J. S., Bobrowicz-Campos, E., Cardoso, D. F. B., Almeida, M. L. F., & Apóstolo, J. L. A. (2017). Terapia de reminicência: construção de um programa para pessoas idosas com declínio cognitivo em contexto institucional. *Revista Referência, 4*(15), 121-135. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388255693016

Goldsmith, J. V., & Terui, S. (2018). Family Oncology Caregivers and Relational Health Literacy. *Challenges, 9*(35), 1-10. https://doi.org/10.3390/challe9020035

Grelha, P. A. S. S. (2009). *Qualidade Vida dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes em Contexto Domiciliário: Estudo sobre a Influência da Educação para a Saúde na Qualidade de Vida* [Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Medecina]. Repositório da Universidade de Lisboa. http://hdl.handle.net/10451/1090

Heuvel, S. Van Den, Goossens, P., Terlouw, C., Schoonhoven, L., & Achterberg, T. Van. (2018). Informal Caregivers' Learning Experiences with Self-Management Support of Individuals Living With Bipolar Disorder: A Phenomenological Study. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 24*(6), 531–541. https://doi.org/10.1177/1078390317752864

Jones, S. L., Hadjistavropoulos, H. D., Janzen, J. A., & Hadjistavropoulos, T. (2011). *The Relation of Pain and Caregiver Burden in Informal Older Adult Caregivers. Pain Medicine, 12*(1), 51-58. doi:10.1111/j.1526-4637.2010.01018.x

Jorm, A. F. (2000). Mental Health Literacy: Public Knowledge and Beliefs About Mental Disorders. *British Journal of Psychiatry, 177*(5), 396–401. DOI: 10.1192/bjp.177.5.396

Jung, H., Sternberg, K. Von, & Davis, K. (2016). Expanding a Measure of Mental Health lLiteracy: Development and Validation of a Multicomponent Mental Health Literacy Measure. *Psychiatry Research, 243*(2016), 278-286. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.034

Jerrott, S., Clark, S., Chorney, J., Coulombe, A., Wozney, L. (2022). Feasibility of text messages for enhancing therapeutic engagement among youth and caregivers initiating outpatient mental health treatment: mixed methods study. *JMIR formative research,* 6(8), 1-12. DOI: 10.2196/35685

Krieger, T., Feron, F., & Dorant, E. (2017). Developing a Complex Intervention Programme for Informal Caregivers of Stroke survivors: The Caregivers' Guide. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *31*(5), 146–156. https://doi.org/10.1111/scs.12344

Kari, H., Äijö-Jensen, N., Kortejärvi, H., Ronkainen, J., Yliperttula, M., Laaksonen, R., & Blom, M. (2022). Effectiveness and cost-effectiveness of a people-centred care model for community-living older people versus usual care – A randomised controlled trial. *Research in Social and Administrative Pharmacy, 18*(6), 3004-3012. https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.07.025

Lei n.º 35/2023 da Assembleia da República. (2023). *Diário da República: I série, n.º 141*. https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/07/14100/0000200023.pdf

Lei n.º 95/2019 da Assembleia da República. (2019). *Diário da República: I série, n.º 169*. https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf

Lei nº 100/2019 da Assembleia da Républica. (2019). *Diário da República: I série, nº171*. https://dre.pt/application/conteudo/124500714

Lei n.º 52/2012 do Ministério da Saúde. (2012). *Diário da República: I série, n.º 172*. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/52-2012-174841

Look, K. A., & Stone, J. A. (2018). Medication management activities performed by informal caregivers of older adults. *Research in Social and Administrative Pharmacy, 14*(5), 418–426. https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.05.005

Loureiro, L. M. de J., Mendes, A. M. de O. C., Barroso, T. M. M. D. de A., Santos, J. C. P. dos, Oliveira, R. A., & Ferreira, R. O. (2012). Literacia em Saúde Mental de Adolescentes e Jovens: Conceitos e Desafios. *Revista de Enfermagem Referência, 3*(6), 157–166. https://doi.org/10.12707/RIII11112

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory- Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Pratice*. (1nd ed.). New York: Springer Publishing Company. https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf

Martins, M. G. A., Machado, A. P. M., Gouveia, M. C. S., Carvalho, P. S. C. P., & Renca, P. F. N. N. (2021). *Guia orientador de boas práticas de cuidados de enfermagem especializados na recuperação da pessoa com doença mental grave*. (1nd ed.). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22977/guiabp_cuidenfesprecuppessdoen%C3%A7amentalgrave_ordenferm_ok.pdf

Morgan, V. A., Waterreus, A., Jablensky, A., Mackinnon, A., Mcgrath, J. J., Carr, V., … Saw, S. (2012). People Living with Psychotic Illness in 2010: The second Australian National Survey of Psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 46*(8), 735–752. https://doi.org/10.1177/0004867412449877

Movimento Cuidar Dos Cuidadores Informais. (2021). *O que é ser Cuidador Informal em Portugal?* https://movimentocuidadoresinformais.pt/wp-content/uploads/2021/04/cuidadores-informais_infografia_2021_A4.pdf

Movimento Cuidadores Informais. (2023) *Cuidadores portugueses precisam urgentemente de apoio psicológico*. Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais. https://movimentocuidadoresinformais.pt/cuidadores-portugueses-precisam-urgentemente-de-apoio-psicologico/

Nascimento, C., Jasmins, C., Fernandes, I., Silva, R., & Nogueira, R. (2022). Estatuto do cuidador informal: Aceder, compreender, avaliar e usar – Um contributo prático da literacia em saúde. In C. Lopes & C. Vaz de Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na*

prática (pp. 49-65). ISPA. https://repositorio.ispa.pt/entities/publication/9d6d9321-b55f-4ac0-adbe-61348674102f

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf

Paninho, C. M. C. S. (2023). *Intervenções Especializadas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com o Cuidador Informal da Pessoa com Doença Mental Grave* [Tese de mestrado, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Beja]. Estudo Geral: Repositório Comum. https://comum.rcaap.pt/entities/publication/36a4c1a9-a5b0-4c84-9648-6f3c5b62947c

Parnell, T. A., Stichler, J. F., Barton, A. J., Loan, L. A., Boyle, D. K., & Allen, P. E. (2019). A concept analysis of health literacy. *Nursing Forum, 54*(3), 315-327. https://doi.org/10.1111/nuf.12331

Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em Saúde, dos Dados à Ação: Tradução, Validação e Aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saude Publica, 34*(3), 259–275. https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002

Peplau, H.E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermeira: um marco de referência conceptual para la enfermería psicodinámica*. MassonSalvat.

Pereira, P. & Botelho, M. A. R. (2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, *18*(2), 61-73. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23806/1/Artigo4_61_73%20%281%29. Pdf

Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare, 13*(3), 141–146. https://journals.lww.com/ijebh/fulltext/2015/09000/guidance_for_conducting_systematic_scoping_reviews.5.aspx

Peters, M., Marnie, C., Tricco, A., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI evidence synthesis, 18*(10), 2119–2126. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33038124/

Queirós, P. J. P. (2021). Uma Prática Teórica de Enfermagem – Coletânea Para Uma Epistemologia em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, n.º 26. https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf

Regulamento n.º 356/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: II série, n.º 122. https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/06/122000000/1703417041.pdf

Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, n.º 151. https://files.dre.pt/2s/2018/08/151000000/2142721430.pdf

Ribeiro, C.M. (2015). *Qualidade de vida em doentes mentais crónicos institucionalizados* [Tese de mestrado, Universidade da Beira Interior, Faculdade Ciências Sociais e Humanas]. Repositório digital da UBI. http://hdl.handle.net/10400.6/6022

Sampaio, F. M. C., Pereira, F. P., Castro, S. A. P., Morgado, T. M. M., & Lourenço, T. M. G. (2023). *Guia orientador de boas práticas de promoção da literacia em saúde mental* (1nd ed.). Ordem dos Enfermeiros. https://i-d.esenf.pt/wp-content/uploads/2023/10/gobp_literaciasaudemental_v3ok.pdf

Saraiva, D. M. F. (2011). *O Olhar dos e pelos Cuidadores: Os impactos de Cuidar e a Importância do Apoio ao Cuidador*. [Tese de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Estudo Geral: Repositório Científico da UC. https://hdl.handle.net/10316/17858

Segurança Social. (2025). *Estatísticas*. https://www.seg-social.pt/estatisticas-detalhe/-/asset_publisher/GzVIhCL9jqf9/content/estatuto-do-cuidador-informal

Sequeira, C. (2020a). Comunicação terapêutica. In Sequeira, C., & Sampaio, F., (eds). *Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções* (pp. 80-83). Lidel.

Sequeira, C. (2020b). Treino da assertividade. In Sequeira, C., & Sampaio, F., (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções* (pp. 174-176). Lidel.

Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (1nd ed.). Lidel.

Serviço Nacional de Saúde. (2019, Setembro 6). *Cuidador Informal*. https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/09/06/cuidador-informal/

Smith, P. D., Martin, B., Chewning, B., Hafez, S., Leege, E., Renken, J., & Ramos, R. S. (2018). Improving Health Care Communication for Caregivers: A pilot Study. *Gerontology & Geriatrics Education, 39*(4), 433–444. https://doi.org/10.1080/02701960.2016.1188810

Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental. (2016). Guia Essencial para Jornalistas Sobre saúde Mental. *Informemente*. https://www.sppsm.org/informemente/guia-essencial-para-jornalistas/

Sousa, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C., Martins, D., Neves, P., & Lleixà-Fortuño, M. (2017) Necessidades dos cuidadores familiares de pessoas com demência a residir no domicílio: revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, *Spe* (5), 45-50. http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0166

Sousa, C., Gonçalves, G., Braz, N., & Sousa, A. (2021). Cuidadores informais: principais dificuldades e receios no ato de cuidar. *PSIQUE, XVII*(2), 9-25. https://repositorio.ual.pt/server/api/core/bitstreams/70bd5477-43da-49ec-bd4d-fb0fccb519b8/content

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica - conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*. (6nd ed.). Lusociência.

The Instituto Joanna Briggs. (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 Metholodogy for JBI Scoping Reviews.* https://www.researchgate.net/publication/294736492_Methodology_for_JBI_Scoping_Reviews

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine, 169*(7), 467-473. https://doi.org/10.7326/M18- 0850.

Unidade de Cuidados na Comunidade de Cantanhede. (2019). *Regulamento interno*. 1ª Revisão. Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego. https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/927/20027/2060651/O%20QUE%20OFERECEMOS/Regulamento%20Interno%20UCC%20Cantanhede,%20final.pdf

Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2025). Guia Prático Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Instituto da Segurança Social, I.P 4*(25), 1-26. https://www.seg-social.pt/documents/10152/27187/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a

USF Anta. (2014). Manual Do Cuidador. https://biblioteca.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/01/Manual-do-Cuidadpr-Informal-de-Utentes-Dependentes.pdf

WHO (2012). *Health Education: Theoretical Concepts, Effective Strategies and Core Competencies*.https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/119953/EMRPUB_2012_EN_1362.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Wittenberg, E., Goldsmith, J., Ferrell, B., & Ragan, S. L. (2017). Promoting Improved Family Caregiver Health Literacy: Evaluation of Caregiver Communication Resources. *Psycho-Oncology, 26*(7), 935–942. Wittenberg, E., Goldsmith, J., Ferrell, B., & Ragan, S. L. (2016). Promoting improved family caregiver health literacy: evaluation of caregiver communication resources. Psycho-Oncology, 26(7), 935–942. https://doi.org/10.1002/pon.4117

Vaz, L. P. R. (2020). *Comunicação em Cuidados Paliativos: O sentir dos profissionais de saúde* [Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto, Faculdade de Medicina do Porto] Repositório Aberto da Universidade do Porto. https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/131114/2/434161.pdf

Vidal, C. Gonçalves, A.L., Guedes, A., Pavoeiro, M., Pinheiro, N., Silva, R.S. & Neto, I.G. (2018). Creating a legacy – a tool to support end-of-life patients. *European Journal of Palliative Care* 25(3), 116-119.

Vieira, A. (2023, Abril 14). *A importância de cuidar.* CASCI. https://casci.pt/a-importancia-de-cuidar/

APÊNDICE I – Projeto “CUIDAR SEM STRESS”

Projeto **“CUIDAR SEM STRESS”**

JUSTIFICAÇÃO:

Muitas vezes, os cuidadores informais, não estão dotados de conhecimentos e apoios para que consigam dar resposta às situações que vão surgindo (Sousa et al., 2020). A Associação Nacional de Cuidadores Informais (2022) refere que, em Portugal, existem cerca 827 mil cuidadores informais, sendo que estes são, sobretudo, mulheres entre os 45 e os 75 anos, que desempenham este trabalho não pago. Em 2022, pouco mais 11 mil cuidadores informais foram reconhecidos com o Estatuto de Cuidador Informal (ECI) e cerca de 2.689 foram abrangidos por subsídios atribuídos.

Os cuidadores informais desempenham um papel crucial, mas pouco se discute sobre o impacto do mesmo na sua saúde mental e bem-estar. Segundo o Movimento Cuidadores Informais (2023), aufere-se que 63,7% sentem dificuldade em estar à vontade ou descontraídos, 47,7% não são capazes de rir e/ou ver o lado positivo como faziam antes, 45,7% sentem-se muitas vezes ansiosos/contraídos e 37,4% perderam a vontade de cuidar de si. Ainda se cita que 83,3% admite ter-se sentido em estado de *burnout*/exaustão emocional em algum momento e 78,5% a concordar que o seu estado de saúde mental influência o desempenho do papel de cuidador informal.

Conclui-se, assim, que a maioria destes cuidadores se apresentam numa situação de vulnerabilidade psicológica, emocional e, social. Sousa et. al (2017) corrobora, referindo que o desempenho prolongado do papel de cuidador informal centra-se na necessidade de gerir expetativas, exigências e no desenvolvimento de estratégias, associadas ao processo de cuidar. Estas relacionam-se com o sentimento de responsabilidade total que os cuidadores informais sentem relativamente ao familiar, caracterizado pela preocupação com o futuro, a sobrecarga e o sentimento de não aguentar indeterminadamente este papel, pois leva ao desenvolvimento de sentimentos de impotência, preocupação e falta de esperança.

É frequente que estas problemáticas levem ao chamado stress do cuidador (Comité Internacional de Enfermagem, 2017, como citado por Sousa et al. 2020; Sequeira, 2010). Este conceito carateriza-se como complexo e multidimensional referente ao conjunto de desafios ou problemáticas, como as exigências de tempo, tensões físicas, desafios emocionais, conflito de papéis (Jones, Hadjistavropoulos, Janzen & Hadjistavropoulos, 2011), problemas físicos, psicológicos ou emocionais, sociais e financeiros (George & Gwyther, 1986 citado em Chappell & Reid, 2002; Schene, 1990), assim como outras

consequências adversas que ocorrem na sequência do processo de prestação de cuidados, neste caso de um idoso dependente e que afetam de forma significativa os cuidadores (Andrade & Martins, 2011).

A criação de um projeto que permita a capacitação dos cuidadores informais de estratégias de redução e manutenção do stress é urgente. Surge assim o projeto “Cuidar Sem Stress”.

POPULAÇÃO ALVO:

Cuidadores informais de utentes abrangidos pela ECCI.

AMOSTRA:

21 cuidadores informais.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- Que os utentes a que os cuidadores prestam cuidados estejam inscritos na ECCI;
- Aceitar integrar o projeto;

TEMPO EM QUE IRÁ DECORRER:

Entre 5 de junho e 7 de julho de 2023

OBJETIVO GERAL:

Capacitação de cuidadores informais de estratégias de *coping* para lidar com o stress associado ao cuidar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar níveis de stress dos cuidadores informais dos utentes integrantes da ECCI;
- Enunciar estratégias de *coping* já utilizadas pelos cuidados informais dos utentes da ECCI;
- Instruir sobre estratégias de *coping* eficazes dirigidas ao *stress* do cuidador;
- Promover a autonomia dos cuidadores na identificação e implementação das estratégias de *coping* nos vários momentos;
- Facilitar o acesso a recursos de apoio disponíveis;
- Avaliar a eficácia do projeto no stress do cuidador informal;
- Analisar as competências adquiridas na implementação do projeto.

RECURSOS:

Recursos humanos: Estudantes do mestrado de saúde mental e EEESMP;

Recursos materiais: Viatura, computador, projetor, colunas, impressora.

ATIVIDADES:

Objetivos específicos do estágio	**Atividades a desenvolver**
Identificar níveis de stress dos cuidadores informais dos utentes integrantes da ECCI;	Aplicação da escala de sobrecarga do cuidador (ESC)
Enunciar estratégias de *coping* já utilizadas pelos cuidados informais dos utentes da ECCI;	Aplicação do índice de avaliação das estratégias de *coping* do cuidador (CAMI)
Instruir sobre estratégias de *coping* eficazes dirigidas ao *stress* do cuidador;	Realização de sessões psicoeducativas acerca de técnicas de: relaxamento; respiração; gestão de emoções; gestão de conflitos; Realização de sessões psicoeducativas e psicoterapêuticas acerca da promoção do bem-estar subjetivo e autoestima.
Promover a autonomia dos cuidadores na identificação e implementação das estratégias de *coping* nos vários momentos;	Incentivar o cuidador a utilizar as técnicas instruídas nos diferentes contextos vividos. Instruir, através do treino de competências, a utilizar as técnicas ensinadas nos momentos apropriados.
Facilitar o acesso a recursos de apoio disponíveis;	Articular com as diversas estruturas da comunidade formas de apoio para lidar com o stress do cuidador.
Avaliar a implementação do projeto no stress do cuidador informal.	Aplicação da ESC e do índice CAMI para avaliação da eficácia do programa; Fornecer um questionário de satisfação das sessões.

CRONOGRAMA:

PROJETO **CUIDAR SEM STRESS**	22 a 26 de maio	29 de maio a 2 de junho	5 a 9 de junho	12 a 16 de junho	19 a 23 de junho	26 a 30 de junho	03 a 07 de julho
Planificação do projeto							
Avaliação dos níveis de stress do cuidador através de aplicação da escala de Zarit							
Avaliação da eficácia das estratégias de *coping* do cuidador através de aplicação da escala CAMI							
Instruir sobre estratégias de *coping* eficazes dirigidas ao *stress* do cuidador;							
Promover a autonomia dos cuidadores na identificação e implementação das estratégias de *coping* nos vários momentos;							
Avaliar a implementação do projeto no stress do cuidador informal;							

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, A., Martins, R. (2011). Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium*, *40*, 185-199. https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8227/5842

Associação Nacional de Cuidadores Informais. (2023). Relatório de atividades 2022. https://ancuidadoresinformais.pt/wp-content/uploads/2023/04/relatorio-de-actividades-2022_associacao-nacional-de-cuidadores-informais.pdf

Chappell, N. L., & Reid, R. C. (2002). Burden and well-being among caregivers: Examining the distinction. The Gerontologist, 42(6), 772–780.

Decreto-Lei n.º 101/2006 do Ministério da Saúde. (2006). Diário da República: I série, n.º 109. https://files.dre.pt/1s/2006/06/109a00/38563865.pdf

Jones S., Hadjistavropoulos, H., Janzen, J., Hadjistavropoulos T. The relation of pain and caregiver burden in informal older adult caregivers. *Pain Med*, *vol 12* (1), pp 51-58. doi: 10.1111/j.1526-4637.2010.01018.x.

Movimento Cuidadores Informais. (2023, janeiro 31) Cuidadores portugueses precisam urgentemente de apoio psicológico. Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais. https://movimentocuidadoresinformais.pt/cuidadores-portugueses-precisam-urgentemente-de-apoio-psicologico/

Ministério da Saúde (2008, julho). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 – Resumo Executivo. SNS. https://saudemental.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/09/Plano-Nacional-de-Saude-Mental.pdf

Regulamento nº356/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: II série, n.º 122. https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/356-2015-67590900

Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, n.º 151. https://files.dre.pt/2s/2018/08/151000000/2142721430.pdf

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental.* (2ª edição). Lisboa: Lidel

Sousa, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C., Martins, D., Neves, P., Lleixà-Fortuño, M. (2017) Necessidades dos cuidadores familiares de pessoas com demência a residir no domicílio: revisão integrativa. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Spe. (5), 45-50. http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0166

Sousa, L., Sequeira, C., Grau, C., Sampaio, F.. (2020). Familiar Cuidador. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 162-166). Lidel

Entrevistas de seleção no projeto "**CUIDAR SEM STRESS**"

FUNDAMENTAÇÃO

Os cuidadores informais desempenham um papel crucial, mas pouco se discute sobre o impacto do mesmo na sua saúde mental e bem-estar. Segundo o Movimento Cuidadores Informais (2023), refere que 63,7% sentem dificuldade em estar à vontade ou descontraídos, 47,7% não são capazes de rir e/ou ver o lado positivo como faziam antes, 45,7% sentem-se muitas vezes ansiosos/contraídos e 37,4% perderam a vontade de cuidar de si. Ainda refere que 83,3% admite ter-se sentido em estado de *burnout*/exaustão emocional em algum momento e 78,5% a concordarem que o seu estado de saúde mental influência o desempenho do seu papel de cuidador informal.

Conclui-se, assim, que a maioria destes cuidadores apresentam-se numa situação de vulnerabilidade psicológica, emocional, social, o que corrobora Sousa et. al (2017) referindo que o desempenho prolongado do papel de cuidador informal centra-se na necessidade de gerir expetativas, exigências e no desenvolvimento de estratégias, associadas ao processo de cuidar. Estas relacionam-se com o sentimento de responsabilidade total que os cuidadores informais sentem relativamente ao familiar, caracterizado pela preocupação com o futuro, a sobrecarga e o sentimento de não aguentar indeterminadamente este papel pois leva ao desenvolvimento de sentimentos de impotência, preocupação e falta de esperança.

Assim procedemos a aplicação da escala Zarit e o Índice de CAMI, foi realizada também uma entrevista com a finalidade obter informação sobre a história da pessoa, para detetar possíveis focos e intervir sobre estes de forma individualizada

Plano de entrevista M.O.

Local	Domicílio M.O.
Foco de Enfermagem	*Stress* do prestador de cuidados*, Coping*
Data e hora	06/06

Duração	1h
Responsáveis	Estudantes de MESMP: Líder: Ana Primo Colaboradores: Filipe Sousa e [redacted]
Destinatários	M.O
Critérios de Exclusão	Recusa do utente
Recursos materiais	Transporte para deslocação ao domicílio, escalas impressas e material de escrita.
Objetivo Geral	Identificar necessidades/ problemas;
Objetivos Específicos	● Identificar níveis de stress no cuidador informal; ● Enunciar estratégias de *coping* utilizada no cuidador informal;
Metodologias e estratégias	Abordagem de breves conceitos de saúde mental, importância da gestão do stress. Explanar a finalidade e a importância do projeto. Obter consentimento na integração deste

Plano da Sessão	Introdução: ● Descrever a sessão e o seu objetivo Desenvolvimento: ● Aplicar a escalas e realizar a entrevista Avaliação: ● Obter feedback da com a Srª M.O. sobre o projeto
Avaliação	Avaliação da recetividade da entrevista e feedback da Sr.ª M.O.

AVALIAÇÃO:

A Sr.ª M.O. apresentava-se calma, fácies fechado, mas recetiva à nossa chegada, com a equipa da ECCI. Primeiramente realizamos a nossa apresentação e referido que a nossa atenção seria direcionada à Srª M.O. ao qual esta direcionou para uma sala de estar onde era proporcionado alguma privacidade.

Foi descrito o objetivo e finalidade da aplicação do projeto nos cuidadores informais ao qual consentiu participar.

Iniciamos por aplicar as escalas em que foi notório qua a utente não se identificava no papel de cuidadora referindo: “eu não faço nada… ele não dá trabalho nenhum… vem cá as Senhoras do centro de dia que o lavam, e trazem o comer… só dou o comprimido das 15h e estou ao pé dele”

Na entrevista referenciou vários problemas de saúde, tendo sido intervencionada cirurgicamente em vários locais. Atualmente ainda realiza tratamentos mensais localizados no aparelho urinário. Ao qual explanou não serem dolorosos e apenas ter de estar deitada durante uma hora, alternando decúbitos.

Foi observado também sentimentos de tristeza, diminuição da energia, fadiga, perda de interesse e prazer nas atividades diárias e mal-estar geral concordantes com sintomatologia

depressiva, foi realizada escuta ativa e exploração sobre possíveis ou seguimento em consultas de psiquiatria ao qual referiu que foi a um psiquiatra, e aprontou-se a mostrar o local onde a medicação estava, explanou também que era a nora que realizava a gestão da medicação, sendo observada alguma confusão na medicação que estava a fazer.

Exploramos qual era o seu grupo de suporte ao qual referenciou que tinha um casal amigo, que após a morte do marido desse casal existiu um afastamento de ambas as partes. Atualmente apenas o filho, a nora e os netos é onde se apoia.

Foi realizada a interpretação dos dados recolhidos. Na escala Zarit, obteve a pontuação de 52 pontos, o que corresponde a existência de sobrecarga em grau moderado. No Índice de CAMI, foram obtidos 18 pontos em 56, na categoria de "Lidar com acontecimentos/resolução de problemas", enquanto na categoria perceções alternativas sobre a situação apresenta 27 pontos dos totais 60. Por último, na categoria lidar com sintomas de stress apresenta 19 em 36 pontos. Assim, apresenta um total de 64 pontos em 152, concluímos assim que a Sr.ª M.O. apresenta poucas estratégias de *Coping* na capacidade de lidar com as dificuldades.

Plano de entrevista M.P.

Local	Domicílio M.P.
Foco de Enfermagem	*Stress* do prestador de cuidados*, Coping*
Data e hora	19/06
Duração	1h
Responsáveis	Estudantes de MESMP: Líder: Ana Primo Colaboradores: Filipe Sousa e [redacted]
Destinatários	M.P.
Critérios de Exclusão	Recusa do utente
Recursos materiais	Transporte para deslocação ao domicílio, escalas impressas e material de escrita.
Objetivo Geral	Identificar necessidades/ problemas;

Objetivos Específicos	● Identificar níveis de stress no cuidador informal; ● Enunciar estratégias de *Coping* utilizada no cuidador informal;
Metodologias e estratégias	Abordagem de breves conceitos de saúde mental, importância da gestão do stress. Explanar a finalidade e a importância do projeto. Obter consentimento na integração deste
Plano da Sessão	Introdução: ● Descrever a sessão e o seu objetivo Desenvolvimento: ● Aplicar a escalas e realizar a entrevista Avaliação: ● Obter feedback da com a Srª M.P. sobre o projeto
Avaliação	Avaliação da recetividade da entrevista e feedback da Sr.ª M.P.

AVALIAÇÃO:

A Srª M.P. demonstrou-se recetiva à nossa presença. Apresentava-se cuidada e sorridente.

Quando chegámos ao domicílio, esta estava perto do cônjuge, incentivando ao exercício numa pedaleira. Após apresentação, referimos que gostaríamos de falar com a Srª M.P.

Escolheu o presente local para a realização da entrevista. Foi descrito o objetivo e finalidade da aplicação do projeto nos cuidadores informais ao qual consentiu participar.

Iniciámos por aplicar a escala de Zarit, e o Índice de CAMI. Sendo que na entrevista partilhou connosco a história de vida dela, e referiu que os familiares se encontram emigrados na França. Ao referir os familiares foi providenciar as fotos que tinha sobre estes e foi visível o agrado e orgulho na família.

Ao mostrar a fotografia da filha referiu visivelmente emocionada o processo de doença em que a filha esteve e referindo que toda a sua vida foi dedicada ao cuidar sendo primeiramente cuidadora da mãe e seguidamente da filha até ao falecimento desta. Agora sendo cuidadora do cônjuge.

Foi explorado a sua rede de suporte em que referencia várias amigas e que realiza diversas atividades com estas, sendo uma delas uma caminhada realizada todas as manhãs. Foi questionada sobre atividades de lazer ao qual respondeu ter uma horta perto de casa ao qual realiza cultivo de produtos alimentares.

No final da intervenção agradecemos a participação da Sr.ª M.P. no projeto e convidámo-la a participar numa sessão grupal no Centro de Saúde para partilhar as suas vivências que este demonstrou interesse em integrar. Foi-lhe ainda facultado os contactos do Centro de saúde.

Foi realizada a interpretação dos dados recolhidos. Na escala Zarit, obteve a pontuação de 50 pontos, o que corresponde a existência de sobrecarga em grau moderado. No Índice de CAMI, foram obtidos 48 pontos em 56, na categoria de “Lidar com acontecimentos/resolução de problemas”, enquanto na categoria perceções alternativas sobre a situação apresenta 46 pontos dos totais 60. Por último, na categoria lidar com sintomas de stress apresenta 34 em 36 pontos. Assim, apresenta um total de 128 pontos em 152, concluímos assim que a Sr.ª M.P. apresenta várias estratégias de *Coping* na capacidade de lidar com as dificuldades

Sessão individual "**CUIDAR SEM STRESS**"

FUNDAMENTAÇÃO

Aquando da aplicação das escalas foi realizada também uma entrevista com a finalidade de obter informação sobre a história da pessoa, para detetar possíveis focos e intervir sobre estes de forma individualizada, sendo estes *coping*, stress do prestador de cuidados e humor depressivo.

Assim, iremos apresentar e fundamentar o plano de intervenção para as seguintes sessões com a Sr.ª M.O., de modo a intervir nos focos descritos acima.

Segundo a Teoria Transaccional do Stress, *Coping* é o conjunto dos esforços cognitivos e comportamentais do indivíduo, que constituem um progresso para lidar ou gerir solicitações específicas excessivas (Lazarus & Folkman, 1984; Folkman & Lazarus, 1991 *as cited in* Sequeira, 2006).

Segundo Sequeira (2006), o *coping* é o conjunto de respostas possíveis às necessidades psicológicas e ambientais, particularmente em situações stressantes, e é determinado como o conjunto de esforços cognitivos e de comportamento para resolver, diminuir ou tolerar as exigências internas ou externas criadas a uma pessoa por situações de stress.

Segundo Monart *and* Lazarus, o *coping* está direcionado para situações de dano, ameaça ou desafio. Assim as estratégias de *coping* permitem-nos uma nova interpretação da realidade.

O *Emotion – focused* é um tipo de estratégia de *coping* que se destina a controlar uma resposta emocional que o problema originou. Implica assim a gestão dos sentimentos provocados pela crise, mantendo o equilíbrio afetivo. O foco é a emoção.

As estratégias de *coping* centrado nas emoções, compreendem pensamentos e ações que se destinam a controlar ou lidar com o estado emocional criado em situação de stress, não tendo como objetivo principal agir sobre o problema.

Segundo a OE (2018), a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental. Cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – EESMP com competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem desenvolver um juízo clínico singular, uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade.

A realização das intervenções do EESMP no tratamento das pessoas com doença mental visa contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família, face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, etc.), tendo como finalidade evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família. (OE, 2018)

Posto isto, as intervenções de EESMP deverão ser implementadas o mais precocemente possível, de modo a aumentar as estratégias de *coping*, como também permitir ao utente a libertação de emoções. Com o exposto, o EESMP deve ter em consideração certos critérios de avaliação, inseridos nas competências deste, para a implementação de uma panóplia de intervenções que visam a melhoria do bem-estar do prestador de cuidados informais.

1 º Plano de Intervenção

Local	Domicílio M.O.
Foco de Enfermagem	*Coping*, Stress do prestador de cuidados e Humor depressivo
Data e hora	13/06
Duração	45’
Responsáveis	Estudantes de MESMP: Líder: Ana Primo Colaboradores: [redacted]
Destinatários	M.O

Critérios de Exclusão	Recusa do utente
Recursos materiais	Transporte para deslocação ao domicílio.
Objetivo Geral	Capacitar os cuidadores informais de estratégias de *coping* para lidar eficazmente sobre o stress associado ao cuidar;
Objetivos Específicos	● Dar a conhecer sobre resultados das escalas aplicadas; ● Qualificar/validar a pessoa no papel de cuidador; ● Identificar com a utente, estratégias eficazes de *coping*; ● Promover o bem-estar ● Incentivar à expressão de emoções ● Avaliar humor depressivo ● Envolver família;
Metodologias e estratégias	Abordagem de breves conceitos de saúde mental, importância da gestão do stress, realização de escuta ativa. Realizar com a pessoa estratégias para promover a diminuição do stress. Obter consentimento e promover o envolvimento da família
Avaliação	Avaliação da recetividade da entrevista e feedback da Sr.ª M.O.
Plano da Sessão	Introdução: ● Descrever a sessão e o seu objetivo Desenvolvimento: ● Realizar as intervenções propostas

	Avaliação: ● Obter feedback da sessão com a Srª M.O.

AVALIAÇÃO DA SESSÃO:

A Srª M.O. apresentou-se recetiva e disponível à nossa visita domiciliária, optando por ser entrevistada no quarto, junto do marido. Foi-lhe dado *feedback* sobre a avaliação inicial: apresenta sobrecarga moderada no cuidador, como também apresenta poucas estratégias de Coping, conforme explanado no índice de CAMI. Assim, após instruída sobre o valor das nossas intervenções com esta, foi dado a conhecer a importância dos seus cuidados com o seu marido, visto que esta não se reconhecia como cuidadora do cônjuge

Quanto às estratégias de *coping*, referiu algumas estratégias que utiliza: sai, por curtos períodos, pelas ruas, perto de casa; realiza alongamentos através da observação das intervenções das enfermeiras de ECCI com o seu marido; desloca - se à loja que o seu filho gere.

Apesar de realizar estas estratégias, fá-las por curtos períodos e não com regularidade, referindo que se sente cansada, como também incomodada na realização destas, devido à anedonia presente: “não me sinto bem em lado nenhum”, “fico logo cansada… sinto um peso no peito” SIC.

Foi realizada escuta ativa e promovida a expressão de emoções sobre a sintomatologia depressiva presente, como também a validação dos sentimentos e das estratégias adotadas pela Srª M.O. foi também promovida na criação de uma rotina de atividades com o intuito de estimular o autocuidado, conseguindo assim níveis mais altos de satisfação, bem-estar e qualidade de vida.

Ao longo da sessão foi observado que a Sr.ª M.O. apresenta uma autoimagem comprometida, baixa autoestima, referindo: “estou muito magra… fico incomodada quando saio… as pessoas veem que estou magra e vêm falar comigo… e o que é que eu digo? … não digo nada… não tenho vontade de sair e falar com as pessoas… elas notam logo” SIC. Foi promovida uma relação de ajuda, assistindo a pessoa na autoaceitação, transmitindo confiança na capacidade da Sr.ª M.O lidar com a situação, promovida a reavaliar as perceções negativas sobre si mesmo e encorajar a identificar as suas forças. Sendo que

esta referiu “O Dr. º referiu que eu estava muito bem… que estando mais pesada, é mais difícil de me mexer…” SIC.

Aquando do primeiro encontro, a Sr.ª M.O. referiu que o seu suporte familiar, é apenas a família mais próxima, o filho, a Nora e os netos. Todavia, é com a nora que contacta mais, pois é esta que gere a medicação da utente objeto de estudo. Após exploração sobre as relações afetivas que tem, percebemos vontade da Sr.ª M.O. estar com os netos.

Assim com o proferido acima, foi pedido consentimento com sucesso para abordar a nora e o filho da Sr.ª M.O para o envolvimento desta nas intervenções programadas.

2º Plano de Intervenção

Local	Domicílio M.O.
Foco de Enfermagem	*Coping*, Stress do prestador de cuidados, Humor depressivo e Autoimagem
Data e hora	19/06
Duração	45’
Responsáveis	Estudantes de MESMP: Líder: Ana Primo Colaboradores: Filipe Sousa e [redacted]
Destinatários	M.O
Critérios de Exclusão	Recusa do utente
Recursos materiais	Transporte para deslocação ao domicílio.
Objetivo Geral	Capacitar os cuidadores informais de estratégias de *coping* para lidar eficazmente sobre o stress associado ao cuidar;

Objetivos Específicos	● Qualificar/validar a pessoa no papel de cuidador; ● Identificar com a utente, mais estratégias eficazes de *coping*; ● Promover o bem-estar; ● Incentivar à expressão de emoções; ● Incentivar a Sr.ª M.O. na procura da autoaceitação; ● Avaliar humor depressivo; ● Promover a implementação de uma rotina de atividades.
Metodologias e estratégias	Abordagem de breves conceitos de saúde mental, importância da gestão do stress, realização de escuta ativa. Realizar com a pessoa estratégias para promover a diminuição do stress.
Avaliação	Avaliação da recetividade da entrevista e feedback da Sr.ª M.O..
Plano da Sessão	Introdução: ● Promover a expressão de emoções, vivências e dificuldades no intervalo de tempo entre a sessão passada Desenvolvimento: ● Realizar as intervenções propostas Avaliação: ● Obter feedback da sessão com a Sr.ª M.O.

AVALIAÇÃO:

A Sr.ª M.O. apresentava-se mais ativa à nossa chegada, mostrou disponibilidade para nos receber na sala de estar.

A Sr.ª M.O. nesta avaliação apresentava-se mais cuidada, mais ativa. Observou-se uma melhoria no humor. Embora nos tenha referido que se encontrava na mesma situação, verificámos que aumentou as atividades, nomeadamente ida ao café e ida ao banco, tendo descrito, nesta última, que ficou mais ansiosa. Referiu: "só me acontece a mim… a máquina ficou com 30 euros…". Declarou também ansiedade e pensamentos ruminantes, com a aproximação da consulta para a realização dos tratamentos: "quanto mais próxima a consulta está… fico ansiosa… só penso nisso"

Foi realizada escuta ativa, promoção da expressão de emoções, a validação de sentimentos, mas também confrontação sobre a situação, sendo referindo que o que lhe aconteceu é um acontecimento esporádico tentando deslocalizar sobre a situação, como também foi explicado várias possibilidades do acontecimento. Foi questionada se queria realizar alguma atividade ao ar livre para promover o bem-estar, como por exemplo uma ida à feira, acompanhada pela equipa. Apesar de ser uma atividade que fazia com muita frequência e considerava prazerosa, declarou: "ainda não… hoje não" Sic. Contudo, mostrou disponibilidade futura. Foi, então, dada outra estratégia: ir ao café perto de sua casa, acompanhada pela equipa. A utente declinou também esta atividade. Restou-nos sublinhar a importância da atividade física, como também da gestão da ansiedade para a promoção de um estilo de vida saudável.

Foi encorajada à expressão de emoções sobre a aceitação da sua autoimagem, referindo: "agora com o tempo melhor vou tentar dar uns passeios…" SIC. Foi realizado a promoção do autocuidado expôs uma ida ao cabeleireiro e a opção pelo abandono da tinta de cabelo, visto que gosta mais dele com a cor natural.

Referiu, também, gostar de fazer malha, mas cansava-se rapidamente. Foi reforçada a importância da realização de atividades prazerosas, no tempo que conseguir.

Foi orientada e instruída sobre a importância na participação da sessão de grupo terapêutico para promoção do bem-estar, foi encorajada para a partilha de sentimentos e conhecimentos, e motivada para a expressão de ajuda mútua, na qual consentiu participar.

À saída a utente referiu querer apresentar-nos a neta, demonstrando felicidade e orgulho.

Sessão de grupo "**CUIDAR SEM STRESS**"

FUNDAMENTAÇÃO:

Percebe-se que as cuidadoras se apresentam numa situação de vulnerabilidade psicológica, emocional e social, devido ao desempenho prolongado do papel de cuidador informal. Devem centrar-se na necessidade de gerir expetativas, exigências e no desenvolvimento de estratégias, associadas ao processo de cuidar. As utentes apresentam preocupação com o futuro, sobrecarga e o sentimento de não aguentar por tempo indeterminado a sua função. Estas inquietações levam ao desenvolvimento de sentimentos de impotência, preocupação e falta de esperança.

Os grupos terapêuticos encerram a função de evitar angústias futuras, munindo os participantes de estratégias eficazes para lidar com o stress emocional vigente. Têm como objetivos a partilha de sentimentos, opiniões, ideias e experiências, com o intuito de enfatizar as interações sociais face a face, promovendo a autoestima, a estabilidade emocional e o estabelecimento de relações de suporte. (Amaral, 2021)

Segundo Sampson and Marthas (1990) os grupos podem ter mais do que uma função. Usualmente, apresentam diferentes funções para os diferentes membros do grupo, sendo estas: socialização, apoio, realização de tarefas, camaradagem, informativo, normativo, *empowerment* e *governance*. (as cited in Townsend, 2011)

O relaxamento é uma intervenção cognitivo-comportamental frequentemente utilizada para redução da ansiedade, depressão e promoção do bem-estar subjetivo (Kwekkeboom, 2006).

O relaxamento por imaginação guiada é um processo de uso intencional de imagens mentais e atributos sensoriais que são fruto da imaginação ou da memória. Esta técnica é utilizada como forma de obter o objetivo terapêutico desejado (Naparstek, 1994), que permite despoletar uma sensação de bem-estar, reduzir ansiedade, reduzir a resposta corporal ao stress e depressão.

Após a realização das entrevistas com as utentes, foi observado um ponto em comum, a praia, pois relataram diversas atividades que realizavam com a família neste lugar, todas referiram ser um local prazeroso de visitar e foi condicionado após serem cuidadoras. Assim o relaxamento por imaginação guiada será uma das intervenções a realizar na sessão para a redução da ansiedade e stress.

Posto isto, as intervenções de EESMP deverão ser implementadas, de modo a aumentar as estratégias de *coping*, como também permitir ao utente a libertação de emoções. Com o

exposto, o EESMP deve ter em consideração certos critérios de avaliação, inseridos nas competências deste, para a implementação de uma panóplia de intervenções que visam a melhoria do bem-estar do prestador de cuidados informais, sendo uma destas a criação de um grupo terapêutico.

PLANO DA SESSÃO DE GRUPO

Local	Sala de reuniões do centro de saúde [redacted].
Foco de Enfermagem	*Coping;* Apoio Emocional; Stress do prestador de cuidados; Papel do Prestador.
Data e hora	23/06/2023 pelas 15h
Duração	60 min
Responsáveis	Estudantes de MESMP: Ana Primo e Filipe Sousa Colaboradores: [redacted]
Destinatários	M.O.; M.P.; T.S.
Critérios de Exclusão	Recusa dos utentes.
Recursos materiais	Cadeiras, Colchões; Velas aromáticas; Computador; Colunas

Objetivo Geral	● Partilhar experiências;
Objetivos Específicos	● Informar sobre os objetivos do grupo; ● Validar a pessoa no papel de cuidador; ● Promover o bem-estar; ● Encorajar a partilha de sentimentos e conhecimentos com base nas experiências vividas; ● Encorajar a expressão de ajuda mútua.
Metodologias e estratégias	Abordagem de breves conceitos sobre a importância do grupo, importância da partilha de emoções, importância da gestão do stress, realização de escuta ativa. Técnica de relaxamento de imaginação guiada.
Plano da Sessão	Introdução: ● Método descritivo: descrever a sessão e o seu objetivo Desenvolvimento: ● Método expositivo, participativo: Partilha de experiências individuais (história de vida); Partilha de conhecimentos e sentimentos relativamente à experiência individual ● Método ativo: Técnica de relaxamento por imaginação guiada Avaliação: ● Método interrogativo: Obter feedback da sessão.

Avaliação	Feedback dos participantes (Adesão, participação, pertinência)

Guião relaxamento por imaginação guiada:

Deite-se numa posição confortável. Feche os olhos. Imagine que você está a passear à beira-mar…. Não há ninguém à vista em nenhuma direção… O sol está a brilhar, o céu está azul e sopra uma brisa suave… escolhe um lugar para parar e descansar. Deite-se na areia e feche os olhos… ouve o som das ondas a rebentar na praia… O sol aquece a sua face e o seu corpo… A areia é macia e quente contra as suas costas… Ocasionalmente, uma onda salpica-a com as gotas frias que secam rapidamente sob o sol quente… A fragrância de baunilha do seu protetor solar paira suave e agradavelmente no ar… Está deitado neste lugar tranquilo durante o que parece ser um longo período de tempo, absorvendo os sons das ondas, o calor, e as sensações refrescantes da brisa do mar… Está tudo calmo… Está muito quente… Sente-se bastante relaxado, bastante satisfeito, este é o seu lugar especial, pode voltar a este lugar especial sempre que quiser relaxar.

AVALIAÇÃO:

A Sessão foi iniciada com a apresentação dos objetivos da sessão e a importância desta. De seguida, deu-se início à apresentação de cada utente, como também à partilha das suas histórias de vida, por forma a que se conhecessem um pouco. Promoveu-se, assim, a expressão de emoções e o encorajamento da expressão de estratégias utilizadas para lidar com as dificuldades apresentadas.

A Sr.ª M.P. apresentou a sua história de vida, relativizando as suas dificuldades. Ainda assim, salientou que toda a sua vida foi dedicada ao processo de cuidar: começou por cuidar da mãe até ao falecimento desta e, seguiu-se a filha, (momento de relato visivelmente pautado por grande dor). Foi realizada a validação de emoções com o grupo. À data, revelou estar agora a cuidar do marido.

Seguidamente a palavra passou para a Sr.ª M.O.. Esta se focou-se nas suas dificuldades e nos seus sentimentos de tristeza. Rapidamente o grupo encorajou a realização de atividades para a desfocalização dos pensamentos ruminantes. M.O. referiu, também, a vontade de estar com os netos. O grupo promoveu a iniciativa de realizar várias atividades com estes. Existiu um momento de partilha da possibilidade de realizar um passeio à praia,

com a neta. Porém, verbalizou ter alguma insegurança na realização desta atividade. O grupo desenvolveu algumas estratégias de resolução de possíveis problemas, tentando minimizar as inseguranças da Sr.ª M.O..

A Sr.ª T.S. apresentou um modo mais dinamizador no grupo, sendo esta mais extensa na sua história de vida. Contudo, não houve necessidade de focalizar para o tema. Avaliou que a sua experiência de cuidadora como exaustiva e referiu as estratégias utilizadas para a diminuição do stress em que está sujeita. Também promoveu/sugeriu algumas estratégias para a Sr.ª M.O..

Após partilha de experiências, foi incentivado a execução de relaxamento ao qual consentiram e realizaram, referindo agrado e um maior bem-estar após conclusão deste. Para concluir a atividade foi realizado um lanche para promover a criação de laços entre as utentes e incentivada a partilha de contactos entre elas. Foi ainda oferecido o manual do projeto "**CUIDAR SEM STRESS**" Questionadas sobre a pertinência e a importância da sessão, referiram que necessitam de mais momentos em que possam partilhar as suas emoções de forma livre e de sentirem mais capazes na gestão do stress. Enquanto cuidadoras, revelaram agrado e satisfação com a intervenção desenvolvida.

APÊNDICE II – Projeto "Construção de Legado em Cuidados Paliativos – instrumento promotor da dignidade na pessoa internada e cuidador informal."

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

II CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

ANA TERESA ALVES QUARESMA RODRIGUES PRIMO

FILIPE ALEXANDRE SILVA DE SOUSA

Construção de Legado em Cuidados Paliativos – instrumento promotor da dignidade na pessoa internada e cuidador informal.

Coimbra, 2024

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

II CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

ANA TERESA ALVES QUARESMA RODRIGUES PRIMO

FILIPE ALEXANDRE SILVA DE SOUSA

Construção de Legado em Cuidados Paliativos – instrumento promotor da dignidade na pessoa internada e cuidador informal.

Projeto realizado no âmbito da Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - contexto de respostas diferenciadas, sob orientação das Professoras Doutoras Rosa Lopes e Rosa Simões e tutoria do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica [redacted] a realizar no Serviço de Cuidados Paliativos.

Coimbra, 2024

LISTA DE SIGLAS

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

TD - Terapia da Dignidade

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO **7**

1. CONSTRUÇÃO DO LEGADO **11**

1.1. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO 11

1.2. DESENVOLVIMENTO DAS SESSÕES 11

1.2.1. Sessão inicial **13**

1.2.2. Sessão 1 – Passado **15**

1.2.3. Sessão 2 – Presente **17**

1.2.4. Sessão 3 – Futuro **18**

1.2.5. Sessão Final **20**

CONCLUSÃO **23**

BIBLIOGRAFIA… **25**

ANEXOS

ANEXO I - Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar [HADS]

ANEXO II - Herth Hope Index – PT [HHI-PT]

ANEXO III - Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being [FACIT-Sp -12]).

APÊNDICES

APÊNDICE I - Formulário de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

APÊNDICE II - Questionário Sociodemográfico

APÊNDICE III - Linha de Vida

APÊNDICE IV - Árvore dos Talentos

APÊNDICE V - Brasão de Esperança

APÊNDICE VI - Questionário de avaliação de Satisfação

INTRODUÇÃO

Em Portugal, a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos reforça os cuidados a doentes e famílias em situação de sofrimento com o objetivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida. (Ministério da Saúde, 2012). Para dar resposta a esta problemática, envolve por isso, a coordenação de equipas especializadas na implementação de medidas de prevenção e alívio do sofrimento, incluindo a capacitação das pessoas doentes e suas famílias.

Importa neste momento afirmar que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (EEESMP) é um profissional dotado de competências que lhe permitem reconhecer que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria nos serviços (OE, 2019).

Nos serviços de cuidados paliativos, compreende-se a existência de vários focos de atenção merecendo um olhar diferenciado pelo EEESMP. Percebemos que o controlo de sintomas físicos, sociais, espirituais e psicológicos nomeadamente a tristeza, a ansiedade, a aceitação do estado de saúde, o isolamento social, a insónia, o delirium, a ideação suicida, a autoimagem, a autoestima e a desesperança se encontram muitas vezes comprometidos levando a diagnósticos de enfermagem específicos na área da saúde mental.

Para dar resposta à maioria dos focos de atenção identificados foi realizada uma pesquisa bibliográfica onde foi possível observar, em vários estudos, que um maior senso de dignidade está associado a um maior senso de significado de vida e, consequentemente, a uma maior vontade de viver nas pessoas com doença terminal. A crescente pesquisa realizada ao longo dos tempos examina a dor física e psicossocial dos doentes em Cuidados Paliativos demonstrou a importância primordial de manter a dignidade durante o espaço de tempo de vida. Assim, entender como as pessoas com doença terminal

mantêm a dignidade diante da mortalidade pode sugerir maneiras de melhorar a qualidade dos cuidados paliativos para responder às suas necessidades e desejos existenciais (Andy et al. 2013).

Segundo Julião (2016), a manutenção da dignidade da pessoa na evolução da doença é de grande importância, sendo Chochinov o pioneiro na intervenção da Terapia da Dignidade (TD), construindo esta intervenção psicoterapêutica no sentido de aliviar o sofrimento psicossocial e existencial nas pessoas com doença terminal, encontrando-se estruturada em três momentos: Preparação da Terapia, Execução da TD e Elaboração do Documento de Legado. Diversos estudos abordam que esta terapia tem efeitos positivos na pessoa no que se refere ao enfrentar a doença, à melhoria da forma como se sente em relação a si mesma e às circunstâncias do presente, bem como proporciona uma melhoria na qualidade de vida e dignidade (Julião, 2016). De acordo com o mesmo autor, os benefícios da TD para o doente passam pela melhoria de sintomas como ansiedade e depressão, bem como o aumento da autoestima e sentimentos de esperança realista. Também a família ou entes queridos podem ser englobados no processo, se essa for a vontade do doente, beneficiando da intervenção e ajudando através da compilação de memórias e experiências significativas.

A reflexão sobre a vida da pessoa envolve reavaliar memórias e experiências passadas agradáveis, e traz múltiplos benefícios para o bem-estar físico e psicológico das pessoas, sendo considerada uma técnica terapêutica importante. Vários estudos referem melhorias na depressão, sofrimento e satisfação com a vida (Ent & Gerbis, 2020). De acordo com Vidal et al. (2018), as intervenções menos colocadas em prática em Cuidados Paliativos são as que se centram no sofrimento existencial e psicológico, apesar de serem altamente valorizadas pelas pessoas. A criação de um legado não é uma prática comum em serviços de internamento de Cuidados Paliativos, mas pelos benefícios que apresenta na gestão de sintomas físicos (dor, dispneia, entre outros) e existenciais, no bem-estar e também no processo de luto, é pertinente o desenvolvimento do tema para motivar os profissionais à sua implementação na prática. A criação de um legado permite uma revisão da vida e ajuda a pessoa a refletir sobre o seu significado, recordar momentos de felicidade, conciliar conflitos e arrependimentos, preparando-se para o fim de vida de forma pacífica (Vidal, et al., 2018).

Uma forma especial e específica de promover a esperança é a criação de um legado que permite a transmissão de valores, mensagens ou imagens para aqueles que ficam. De

acordo com Neto (2022), a ajuda e colaboração dos profissionais da equipa em Cuidados Paliativos torna-se imprescindível, pois estes possuem competências amplas e específicas no âmbito do apoio psicoemocional. Sempre que surja uma janela de oportunidade para iniciar este processo terapêutico o enfermeiro deve estar atento e aproveitar alguns momentos que poderão ser únicos para que a pessoa tenha capacidade de exprimir as suas emoções e sentimentos (Neto, 2022).

O legado tem vindo a ser alvo de estudo como instrumento de apoio, que ajuda no alívio do sofrimento da pessoa em situação paliativa, que sente e experiência o significado e utilidade da sua vida. Nesta abordagem, a pessoa é convidada a conversar sobre as questões de vida que lhe são mais importantes, isto é, refere-se a ideias e sentimentos que considera que influenciaram a sua vida e que quer transmitir a quem mais ama depois da sua morte. A escrita de uma carta, a realização de um desenho, ou a elaboração de vídeos são formas de legado simples, através das quais a pessoa comunica experiências, virtudes, sabedoria e conselhos futuros. Outras formas de legado são, por exemplo, a criação de um álbum de fotografias, uma autobiografia, a elaboração da árvore da vida (onde a pessoa coloca nos ramos as pessoas mais significativas para si), ou a criação de um objeto para oferecer ou uma caixa com objetos significativos. As redes sociais também podem ser usadas para a criação de um legado digital (Vidal et. al., 2018). A importância do legado prende-se com o aumento do sentido da intensidade presente, e garante que essas vivências possam ser partilhadas e preservadas para o futuro.

Em suma, a construção do legado constitui-se como uma intervenção autónoma de Enfermagem, que apresenta benefícios no aumento da qualidade de vida das pessoas. Concretamente, ao centrar-se na construção do legado, este programa dá resposta ao conforto no contexto psicoespiritual, na medida em que este se refere à consciência de si, nomeadamente ao sentido da vida. Visto que o conforto é parte integrante dos cuidados de Enfermagem ao longo do ciclo vital, o objetivo do cuidar e das intervenções de enfermagem desenvolvidas visa o conforto das pessoas. Deste modo, com a elaboração deste programa pretendemos divulgar a construção do legado, para que seja parte integrante das intervenções do quotidiano dos enfermeiros que prestam cuidados em serviços de internamento de Cuidados Paliativos.

1. CONSTRUÇÃO DO LEGADO

A construção do legado torna-se fundamental no desenvolvimento em cuidados paliativos, traduzindo-se num aumento da esperança e dignificação da pessoa com doença em fase terminal.

Surge assim a necessidade da criação deste programa que, embora seja idealmente utilizado por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, pode ser aplicado por Enfermeiros Generalistas e de outras áreas de especialidade.

1.1. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de exclusão baseiam-se na presença de:

- Pessoa com alteração da consciência/capacidade cognitiva que a impossibilite a participação;
- Pessoa com descontrolo sintomático que impeça a participação;
- Pessoa que recuse participar.

1.2. DESENVOLVIMENTO DAS SESSÕES

O programa está dividido em 5 sessões, sendo estas a apresentação/avaliação inicial, o passado (a reminiscência), o presente (a esperança), o futuro (a construção do legado) e a avaliação final. Na primeira será apresentado o programa e serão aplicados os seguintes instrumentos de avaliação:

- Questionário Sociodemográfico: idade, género, escolaridade, estado civil, meio de residência (urbano ou rural), de 0 a 5 qual a importância que atribui à sua espiritualidade, das frases seguintes qual a que define melhor a sua religiosidade/espiritualidade (espiritual e religioso; espiritual mas não religioso; religioso mas não espiritual; ou nenhuma); afiliação religiosa (sim ou não; se sim, qual?);
- Herth Hope Index – PT (HHI-PT) (K. Herth validado por Rita Marques, Maria dos Anjos Dixe, Ana Querido, António Barbosa) – instrumento de autopreenchimento constituído por 9 itens que permite a avaliação da esperança

- através da pontuação de cada item entre "discordo totalmente", "discordo", "concordo" e "concordo totalmente";
- Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being (FACIT-Sp -12) (Peterman validado por Pereira e Santos, 2011) – instrumento composto por 12 itens que se agrupam em duas dimensões/subescalas: Sentido/Paz e Fé. Para cada item o participante atribui a classificação entre "Nem um pouco", "Um pouco", "Mais Ou menos", "Muito" ou "Muitíssimo".
- Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (Zigmond e Snaith, 1983 validado por Pais-Ribeiro e colaboradores, 2007) – instrumento de autopreenchimento formado por 14 questões, sendo 7 questões relacionadas com a ansiedade e 7 com a depressão. O entrevistado atribui uma nota de zero a três para cada questão, sendo o zero (nenhuma gravidade) e o três (maior gravidade), sendo assim, quanto maior for o resultado, maior será a morbilidade psicológica.

Na segunda sessão será desenvolvida a intervenção com recurso à técnica de reminiscência, com a assistência à pessoa no recordar dos momentos que mais gostou na sua vida e da sua importância para si. A terceira sessão baseia-se no auxílio da construção do brasão da esperança, assim como na criação de significado da vida da pessoa e de como esta pode marcar os seus próximos. Numa quarta sessão estará inerente a construção do legado que a pessoa quer deixar (ou não) aos seus entes queridos. Por fim, na sessão final aplica-se novamente os instrumentos de avaliação usados inicialmente e faz-se uma retrospeção perante o aplicado no programa.

Objetivos específicos do programa:

- Avaliar a esperança, bem-estar espiritual, ansiedade e depressão pré intervenção;
- Implementar o programa de construção do legado constituído por 3 sessões individuais, com uma duração de cerca de 60 minutos cada sessão, distribuídas ao longo de 2 semanas de intervenção;
- Avaliar a esperança, bem-estar espiritual, ansiedade e depressão pós intervenção;
- Propor a médio/longo prazo um projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem privilegiando cuidados centrados na pessoa que promovam a dignidade da pessoa contribuindo para a idoneidade formativa e desenvolvimento profissional do serviço de cuidados paliativos.

1.2.1 Sessão inicial

Nesta sessão pretende-se iniciar o processo de relação terapêutica entre a pessoa e o enfermeiro, aplicar os instrumentos de avaliação sugeridos e dar a conhecer o programa.

Segundo Gardona & Barbosa (2018) referem que os instrumentos de avaliação na prática clínica são recursos com capacidade de identificar, de maneira objetiva, importantes alterações físicas, psicológicas e espirituais, de aferir fenómenos subjetivos, de acompanhar de forma regular a progressão, regressão ou estagnação do estado de saúde, além de criar um mecanismo de direção ao examinador e à equipa.

Esses instrumentos ainda são capazes de uniformizar a conduta a ser aplicada em cada situação. Os dados mais frequentes utilizados são oriundos de instrumentos e isso porque são capacitados para extrair, de maneira precisa, dados que muitas vezes refletem um considerável problema de saúde pública (Gardona & Barbosa, 2018).

Duração: 60 minutos

Recursos necessários:

- Enfermeiro;
- Mesa e cadeiras;
- Papel e caneta;
- Formulário de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido;
- Instrumentos de avaliação necessários à atividade diagnóstica: Questionário sociodemográfico; Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar [HADS]; Herth Hope Index – PT [HHI-PT] e Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being [FACIT-Sp -12]).

Objetivos da sessão:

- Estabelecer primeiro contacto com a pessoa;
- Realizar colheita de dados;
- Esclarecer sobre a construção do legado;
- Obter consentimento;

- Avaliar o bem-estar espiritual;
- Avaliar a ansiedade e depressão;
- Avaliar a esperança.

Etapa 1 - Introdução (5-10 minutos)

- Cumprimentar a pessoa;
- Apresentação da pessoa e do enfermeiro;
- Explicação dos objetivos da sessão;
- Explicação dos objetivos do programa;

Etapa 2 - Desenvolvimento (35-45 minutos)

- Estabelecer ligação com a pessoa;
- Verificar as expectativas da pessoa perante a intervenção;
- Clarificar as expectativas do enfermeiro perante a intervenção com a pessoa;
- Obter o consentimento informado;
- Avaliar a capacidade da pessoa para participar na intervenção;
- Relembrar acerca da importância da participação ativa no processo;
- Garantir um clima de confiança;
- Explicar o que é construção do legado, qual a duração do programa e o número de sessões previstas;
- Fornecer e clarificar acerca dos instrumentos de avaliação utilizados (Questionário sociodemográfico; Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar [HADS]; Herth Hope Index – PT [HHI-PT] e Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being [FACIT-Sp -12])

Etapa 3 - Conclusão (5 minutos)

- Resumo da sessão;
- Esclarecimento de dúvidas que possam ter surgido;
- Agendamento da próxima sessão;

- Trabalho para a próxima sessão: pedir à pessoa para que, na próxima sessão, traga um objeto/fotografia/memória que represente a essência da pessoa.

1.2.2. Sessão 1 - Passado

A Terapia de Reminiscência pode caracterizar-se numa atividade estimulante e agradável, sendo relatada como uma intervenção associada ao prazer, segurança e sentido de pertença podendo melhorar a saúde mental através da estimulação das memórias autobiográficas positivas, na medida em que, estas estão associadas a alegria e orgulho ao invés das negativas que podem motivar sensações de stress (Gil et al., 2019).

A revisão de vida baseados em eventos positivos evidencia uma diminuição na sintomatologia depressiva, melhorou a satisfação com a vida e aumentou as memórias positivas, assim apresenta-se uma ferramenta útil para melhorar o bem-estar emocional, reduzindo, assim, os sintomas depressivos. (Manfroi et. all, 2021)

O objetivo desta sessão será, utilizando técnicas semelhantes à técnica da reminiscência, explorar o passado da pessoa, assim como a utilização da linha da vida para explorar os momentos mais significativos da pessoa ao longo da sua vida, assim como os seus feitos, promovendo a esperança e bem-estar.

Duração: 60 minutos

Recursos necessários:

- Enfermeiro;
- Mesa e cadeiras;
- Papel e caneta;
- Folha com a Linha da vida;
- Folha com a Árvore dos talentos.

Objetivos da sessão:

- Identificar um ou mais objetos que caraterizem a pessoa;
- Identificar memórias autobiográficas positivas;
- Identificar memórias que auxiliem a adaptação a transições de vida.

Etapa 1 - Introdução (2-5 minutos)

- Cumprimentar a pessoa;
- Resumir a sessão anterior;
- Explicação dos objetivos da sessão.

Etapa 2 - Desenvolvimento (35-45 minutos)

- Criar com a pessoa a linha da vida;
- Baseando-nos na linha da vida colocar as seguintes questões:
    - Fale-me um pouco da sua história de vida, particularmente as partes que recorda ou pensa serem as mais importantes?
    - Quais foram os momentos mais felizes da sua vida?
    - Quais são os papéis mais importantes que desempenhou na sua vida?
    - Quais são os seus maiores feitos e de quais se sente mais orgulhoso?
- Solicitar à pessoa que apresente o objeto/fotografia/memória selecionada;
- Pedir que justifique o seu simbolismo;
- Localizar o objeto/fotografia/memória na linha da vida;
- Executar escuta ativa;
- Oferecer suporte emocional;
- Relembrar acerca da importância da participação ativa no processo;
- Garantir um clima de confiança.

Etapa 3 - Conclusão (5-10 minutos)

- Resumo da sessão;
- Esclarecimento de dúvidas que possam ter surgido;
- Agendamento da próxima sessão;
- Trabalho para a próxima sessão: Após a entrega da árvore dos talentos, pedir à pessoa que preencha os espaços com momentos/memórias positivas sempre que surgir um momento/memória negativa.

1.2.3. Sessões 2 - Presente

Em contexto de doença terminal, a esperança assume uma importância fundamental na forma como as pessoas vivem o período de fim da vida. Neste sentido, o estabelecimento de objetivos realistas com a pessoa doente, constitui uma das formas de restaurar e manter a esperança (Twycross,2001, como citado por Querido, 2015).

Segundo Querido (2015) é atribuído à esperança um poder terapêutico, sendo um mecanismo de "*coping*" importante, que influencia o bem-estar físico, emocional e espiritual.

Nesta sessão será fomentada a esperança da pessoa através do brasão da esperança e elaboração da árvore dos talentos.

Duração: 60 minutos

Recursos necessários:

- Enfermeiro;
- Mesa e cadeiras;
- Papel e caneta;

Objetivos da sessão:

- Identificar símbolos promotores ou inibidores de esperança;
- Identificar momentos positivos sempre que surja um momento negativo.

Etapa 1 - Introdução (2-5 minutos)

- Cumprimentar a pessoa;
- Resumir a sessão anterior;
- Explicação dos objetivos da sessão.

Etapa 2 - Desenvolvimento (35-40 minutos)

- Solicitar à pessoa que apresente o que fez na árvore dos talentos;
- Analisar com a pessoa os momentos/memórias descritos;
- Incentivar a continuação da utilização deste exercício;
- Explicar e apresentar em que consiste o Brasão da esperança;
- Completar com a pessoa o Brasão da esperança;

- Analisar cada quadrante do Brasão e pedir à pessoa que justifique as suas escolhas;
- Executar escuta ativa;
- Oferecer suporte emocional;
- Analisar progressos alcançados;
- Felicitar a pessoa perante os progressos alcançados.

Etapa 3 - Conclusão (10-15 minutos)

- Resumo da sessão;
- Esclarecimento de dúvidas que possam ter surgido;
- Agendamento da próxima sessão;
- Questionar a pessoa como quer deixar o seu legado (objeto, vídeo, fotografias, entre outros);
- Trabalho para a próxima sessão: Selecionar (ou não) pessoa(s) significativa(s) a quem queira dedicar o seu legado.

1.2.4. Sessão 3 - Futuro

O subtema Legado serviu de base na elaboração da TD. No seu âmago, o legado tem como objetivo salvaguardar aspetos do futuro dos entes queridos enlutados, permitindo tornar o futuro inexistente de quem morre em algo tangível, numa influência prolongada, sobrevivendo na consciência de todos os que o recebem sendo uma forma palpável da durabilidade para além da morte (Julião, 2016).

Segundo Julião (2016), o processo da criação e a ligação profunda que este guarda em cada parte envolvida ganha uma dimensão inatingível, percecionada e vivida por quem a conhece. Muitas pessoas revelam, sensação de ausência de significado, inutilidade e esvaziamento de propósito de vida. Estas variantes podem constituir uma ameaça grave à sua dignidade, sobretudo se esta não se contiver apenas ao presente e se for disseminada ao futuro dos outros. Desta feita, esta intervenção psicoterapêutica poderá criar algo que represente fielmente quem foram as pessoas, o que sentiram e expressaram nos momentos em que pensaram em quem amavam.

Duração: 60 minutos

Recursos necessários:

- Enfermeiro;
- Mesa e cadeiras;
- Papel e caneta;
- Materiais digitais (caso se aplique);
- Pessoa de referência (caso se aplique).

Objetivos da sessão:

- Criar o legado da pessoa;
- Definir a forma como a pessoa quer deixar o legado.

Etapa 1 - Introdução (2-5 minutos)

- Cumprimentar a pessoa;
- Resumir a sessão anterior;
- Explicação dos objetivos da sessão;

Etapa 2 - Desenvolvimento (35-45 minutos)

- Auxiliar a pessoa na criação do legado dando resposta às seguintes questões:
    - Existem coisas específicas que quisesse que a(s) pessoa(s) significativa(s) soubesse(m) sobre si?
    - Existem coisas particulares que quisesse que a(s) pessoa(s) significativa(s) recordasse(m)?
    - Existem coisas específicas que quisesse dizer à(s) pessoa(s) significativa(s)?
    - Qual é o seu desejo para o futuro relativamente à(s) pessoa(s) significativa(s)?
    - O que é que aprendeu com a vida que gostasse de passar aos outros?
    - Que conselho ou palavras gostaria de deixar para a(s) pessoa(s) significativa(s)?
    - Existem palavras ou instruções que gostasse de deixar à(s) pessoa(s) significativa(s) para o(s) ajudar a preparar o futuro?

    - Na criação deste documento/objeto/vídeo, gostaria de deixar outras coisas ditas/escritas?
- Criar o instrumento do legado;
- Agradecer à pessoa a sua participação e complementos neste processo;
- Garantir à pessoa que o desejo sobre o seu legado será cumprido.

Etapa 3 - Conclusão (5-10 minutos)

- Resumo da sessão;
- Esclarecimento de dúvidas que possam ter surgido;
- Orientar para a sessão final.

1.2.5. Sessão Final

A sessão final será para avaliar o processo desenvolvido durante este programa, assim como perceber a evolução da pessoa através dos instrumentos de avaliação utilizados na sessão inicial.

As contribuições das escalas são diversas: ajudar na avaliação, estratificar o risco, orientar a priorização das intervenções, acompanhar a evolução do paciente, entre outras utilidades, favorecendo a qualidade do cuidado e otimizando o tempo dos profissionais de saúde, o que, tem um impacto positivo na segurança da pessoa e nas instituições. Desta forma, a classificação através das escalas, privilegia as áreas de cuidado nas dimensões psicobiológicas e psicossociais, ajudando os profissionais de saúde a se focar nas necessidades prioritárias, o que contribui para a elaboração de um plano de cuidados efetivo (Rodríguez-Acelas & Cañon-Montañez, 2017).

Duração: 60 minutos

Recursos necessários:

- Enfermeiro;
- Mesa e cadeiras;
- Papel e caneta;

- Instrumentos de avaliação necessários (Herth Hope Index – PT (HHI-PT), Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being (FACIT-Sp -12) e Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar);
- Questionário de avaliação da satisfação

Objetivos da sessão:

- Reavaliar o bem-estar espiritual;
- Reavaliar a ansiedade e depressão;
- Reavaliar a esperança;
- Avaliar a satisfação da pessoa para com o programa;
- Avaliar a necessidade de acompanhamento diferenciado.

Etapa 1 - Introdução (5-10 minutos)

- Cumprimentar a pessoa;
- Explicação dos objetivos da sessão;

Etapa 2 - Desenvolvimento (20-30 minutos)

- Solicitar uma síntese do percurso desta intervenção;
- Pedir uma avaliação de todas as sessões e o seu balanço;
- Rever o processo de mudança da pessoa ao longo da intervenção;
- Utilizar instrumentos de avaliação utilizados na sessão inicial;
- Providenciar questionário de avaliação da satisfação;
- Agradecer à pessoa a sua participação e complementos neste processo.

Etapa 3 - Conclusão (5-10 minutos)

- Resumo da sessão;
- Esclarecimento de dúvidas que possam ter surgido;
- Manter o contacto com a pessoa ao longo do internamento.

CONCLUSÃO

O projeto proposto procura dar visibilidade a uma intervenção autónoma de enfermagem, que é a implementação do legado, como ferramenta de revisão de vida, que resulta num produto que pode ser desfrutado antes e depois da morte da pessoa, e que se constitui como uma ferramenta que os enfermeiros podem aplicar no doente, e na sua família ou entes queridos. Esta prática apresenta benefícios, na melhoria de sintomas físicos e espirituais, seria uma mais-valia a sua continuidade.

Assim, é importante integrar estas intervenções na prática de todos os profissionais de saúde, nomeadamente os Enfermeiros, pois só desta forma, será possível produzir os resultados desejados.

Este programa constitui-se assim, como uma ferramenta fundamental para a valorização da figura de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental, tendo este como uma das competências específicas: coordenar, desenvolver e implementar programas de intervenção especializados em saúde mental.

Assim, esperamos que este projeto se assuma como um contributo importante para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa com doença terminal, e que seja dada continuidade a este tipo de intervenções, fundamentais para a promoção da saúde mental.

BIBLIOGRAFIA

Andy, H. Y. H., Pamela, P. Y. L., Doris, M. W. T., Samantha, M. C. P., Chochinov, H. M., Robert A. N. & Cecilia L. W. C. (2013) Dignity Amidst Liminality: Healing Within Suffering Among Chinese Terminal Cancer Patients. *Death Studies*, 37(10), 953-970. https://doi.org/10.1080/07481187.2012.703078

Ent, M. & Gerbis, M. (2020). The most common end-of-life reflections: A survey of hospice and palliative nurses. *Deaths Studies.* 256-260. Doi:10.1080/07481187.2018.1539053.

Gardona, R. G. B. (2018). Importância da prática clínica sustentada por instrumentos de avaliação em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem, 71*(4), 1921-1922. **https://www.scielo.br/j/reben/a/wJNmGt9cQmmgPjrWfJFTmGQ/?lang=pt&format=pdf**

Gil, I., Costa, P., Bobrowicz-Campos, E. & Apóstolo, J. (2019). *Programa de Terapia de Reminiscência. Manual de Dinamizador*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Julião, M. (2016). Terapia da Dignidade. In Barbosa, A., Pina, P. R., Tavares, F. & Neto, I. G. (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3th ed., pp.797-814). Lisboa, 2016: Núcleo de Cuidados Paliativos.

Lei n.º 52/2012 do Ministério da Saúde. (2012). Diário da República: I série, n.º 172. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/52-2012-174841

Manfroi, E. C., Teodoro, M. L. M., Farias, H. B. & Camilo, L. L. (2021). O uso da narrativa da memória autobiográfica como recurso para o aumento da autoconsciência. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 17*(1), 23-32. http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v17n1/v17n1a04.pdf

Neto, G.I. (2022). *Da ciência, do amor e do valor da vida*. Oficina do Livro.

Querido, A. I. F. (2005) *A Esperança em Cuidados Paliativos* [unpublished master's thesis]. Faculdade de Medicina de Lisboa. **https://core.ac.uk/download/pdf/61795976.pdf**

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, n.º 26. https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf

Rodríguez-Acelas, A. L. (2018). Contribuiçoes das escalas em saúde como ferramentas que influenciam decisões no cuidado dos pacientes. *Resvista Cuidarte, 9*(1), 1957-1960. **https://www.redalyc.org/jatsRepo/3595/359557441001/html/index.html**

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos.* (2nd ed.). Climepsi Editores.

Vidal, C. Gonçalves, A.L., Guedes, A., Pavoeiro, M., Pinheiro, N., Silva, R.S. & Neto, I.G. (2018). Creating a legacy – a tool to support end-of-life patients. *European Journal of Palliative Care* 25(3), 116-119.

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Subagudos/ Doenças Afetivas [redacted]

Ana Teresa Primo e Ana Sofia Duarte

Projeto **“Preparação para a Alta”**

JUSTIFICAÇÃO:

O Programa Nacional de Saúde Mental tem como visão assegurar a todos os portugueses o acesso a serviços que promovam a saúde mental, prestem cuidados de qualidade e facilitem a reintegração e a recuperação das pessoas com doença mental após alta clínica.

É competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (ESMP)a, ao longo do ciclo de vida, assistir a pessoa, família e comunidade, na otimização da saúde mental e prestar cuidados de âmbito psico e socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (Regulamento nº 356/2015 de 25 de junho).

No ensino clínico do curso de Mestrado em ESMP é esperado que o estudante, futuro estudante especialista em ESMP, desenvolva competências científicas, técnicas e relacionais, promova a implementação de cuidados baseados na evidência, atue, conjuntamente com os outros membros da equipa, no processo de mudança, preste cuidados de enfermagem especializados no âmbito da saúde mental e psiquiátrica à pessoa/família e reflita sobre as práticas e os contextos dos cuidados de enfermagem.

Nos primeiros dias de ensino clínico na Unidade de Agudos/Doenças Afetivas do [redacted], foi notório que uma das maiores preocupações da equipa de enfermagem é a preparação para a alta das pessoas que se encontram em regime de internamento. Contudo, apesar dos projetos implementados na Unidade, que figuram uma aprendizagem sobre como lidar com a doença e dos quais se

pode obter contributos no sentido da preparação para alta, nenhum projeto é apenas e só centrado na preparação para a alta. Desta forma, surge o Projeto "Preparação para a alta". Este projeto tem como finalidade dotar as pessoas, internadas no Pav. 1, com conhecimentos de estratégias que poderão recorrer no pós-alta, envolvendo-os no processo desde o início do tratamento.

Com a finalidade de evitar o agravamento da sua situação clínica e a desinserção social, o EEESMP promove a recuperação e reabilitação através do *emporwerment* e do *recovery*, aumentando a qualidade de vida da pessoa com doença mental e família e consequentemente desenvolve um processo de preparação para a alta. (OE, 2015).

Segundo Gomes et al. (2017) o apoio e orientação da pessoa é um domínio de competência da prática dos cuidados de enfermagem de valor inquestionável, cujos valores assentam no respeito pelas expectativas individuais da pessoa, vontade e poder para participar nas tomadas de decisão e atingindo assim os resultados desejados. A especificidade da prática clínica do enfermeiro de saúde mental engloba a excelência relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e a mobilização de competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa, da família, que os ajude a encontrar vias de resolução dos problemas, melhorando o bem-estar.

Assim o projeto "Preparação para a alta" tem por objetivo intervir nos focos e diagnósticos de enfermagem, na pessoa com doença mental grave e muni-la de estratégias para a facilitação da sua reintegração na comunidade bem como fornecer conhecimentos e estratégias à rede de suporte da pessoa, para que seja uma parceira na reabilitação desta.

A alta clínica deve ser entendida como um processo com início no momento de admissão e não como um momento específico da situação clínica. Neste processo coexistem obstáculos e dificuldades emocionais com início vários dias ou semanas antes da alta.

O projeto "Preparação para a alta" será desenvolvido através da realização de sessões de psicoeducação e intervenções psicoterapêuticas considerando os focos de enfermagem identificados com mais frequência, nomeadamente: tristeza, adesão ao regime terapêutico, ansiedade, *coping*, aceitação do estado de saúde e obstipação.

O termo Psicoeducação surgiu em 1970 e pode ser dividido em duas palavras - “psico” e “educação”. “Psico” diz respeito às teorias e técnicas psicológicas existentes e “educação” compreende a área pedagógica a qual integra o processo de ensino-aprendizagem. A Psicoeducação é, portanto, um modelo complexo que incorpora diferentes disciplinas e teorias tanto psicológicas quanto pedagógicas direcionadas ao âmbito social, comportamental e cognitivo da pessoa, viabilizando uma compreensão multi perspectiva a qual envolve o processo de doença (Lemes & Neto, 2017).

De acordo com o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, (2015) a Psicoeducação não é um tratamento, mas sim uma parte integrante de um plano global de tratamento, destinada a ajudar a pessoa com doença mental ou qualquer outra com interesse, possibilitando a compreensão de factos sobre uma variadíssima gama de doenças mentais sendo crucial para a pessoa e sua rede de apoio poderem ser capazes de conceber os seus próprios planos de prevenção e de estratégias de gestão da doença.

Este projeto será desenvolvido em parceria com um projeto já implementado na Unidade denominado “Adesão Terapêutica”, podendo algumas sessões ser reestruturadas para irem ao encontro dos objetivos de ambos os projetos.

Este Projeto é dinâmico e flexível e, sendo assim, o cronograma de atividades pode sofrer alterações em virtude das necessidades dos participantes ou da logística da Unidade.

POPULAÇÃO ALVO:

Pessoas internadas na unidade de subagudos/doenças afetivas – [redacted]

AMOSTRA:

10 pessoas com doença mental grave.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- Aceitar integrar o projeto de livre e espontânea vontade;
- Pessoas com diagnóstico de enfermagem adesão terapêutica comprometida:
- Pessoas com diagnóstico de enfermagem aceitação do estado de saúde comprometida;

- Pessoas com diagnóstico de enfermagem de risco de não adesão ao regime terapêutico;
- Pessoas com diagnóstico de *coping* ineficaz.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- Pessoas que apresentem recusa em participar;
- Pessoas que apresentam capacidade cognitiva comprometida (diagnóstico médico de: déficit cognitivo moderado a grave, demência, alterações da perceção, alterações de pensamento);
- Pessoas com diagnóstico de enfermagem de agitação.

TEMPO EM QUE IRÁ DECORRER:

Entre 14 de outubro e 30 de novembro de 2023

OBJETIVO GERAL:

Promover o *empowerment* e envolver a pessoa no seu processo de *recovery*.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Promover a literacia em saúde mental;
- Facilitar a transição no seu processo de *recovry*;
- Dotar a pessoa de estratégias de *coping*;

RECURSOS:

Recursos humanos: Estudantes do mestrado de ESMP, EEESMP e Prof.ª Dra. Rosa Simões.

Recursos materiais: computador, projetor, colunas, impressora, sala de atividades do serviço, material de escrita e outros materiais

ATIVIDADES:

Foco de enfermagem	**Objetivos**	**Atividades a desenvolver**
Aceitação do estado de saúde (Gestão de emoções: medo, tristeza, ansiedade, emoções)	Melhorar o insight sobre a doença, a gestão da doença Estimular a autorregulação emocional	Psicoeducação sobre gestão de emoções; ansiedade. Atividades psicoterapêuticas: relaxamento; jogo "o medo"
Adesão terapêutica (alimentação, exercício físico, sono, coping, ocupação, gestão do regime terapêutico, auto-administração de mediação)	Melhorar a adesão ao tratamento Prevenir recaídas Promover hábitos de vida saudáveis Estimular a gestão do stresse dos clientes	Psicoeducação sobre: sono; estilos de vida saudáveis e adesão à terapêutica. Atividades psicoterapêuticas: caminhada terapêutica; automassagem.
Interação social; controlo de impulsos.	Diminuir isolamento social; Capacitar/empoderar as pessoas para as suas relações interpessoais.	Treino de Competências Comunicacionais Psicoeducação sobre assertividade

		Atividade psicoterapêutica: “saber dizer não”
Estigma	Lidar com o estigma social	Psicoeducação sobre estigma
Autonomia	Aprender competências interpessoais Melhorar a capacidade de resolver problemas	Técnica de resolução de problemas Atividade psicoterapêutica “Qual é o teu problema”
Expectativa	Estimular a gestão de expectativas Promover a autorregulação emocional	Psicoeducação sobre gestão de expectativas e mecanismos de *coping*

CRONOGRAMA:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Pesquisa bibliografia e seleção de instrumentos de avaliação.											
Validação da metodologia determinada com as Enfermeiras(os) tutores.											
Elaboração de documentação de suporte.											
Implementação do Projeto “Preparação da Alta”											
Sessão “Envolvimento no processo de saúde/doença”											
Sessão de psicoeducação - Estilos de vida saudáveis											
Atividade “Caminhada terapêutica”											
Sessão de psicoeducação: estigma e mecanismos de *coping*											
Atividade psicoterapêutica: “Qual é o teu problema”											
Sessão de psicoeducação – Gestão de emoções/ansiedade											

Atividades psicoterapêuticas: relaxamento e jogo “o medo”												
Sessão de psicoeducação – o sono e adesão à terapêutica												
Atividade psicoterapêutica: Automassagem												
Analise e discussão dos resultados obtidos.												

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A psicoeducação é uma forma específica de educação com foco nas atitudes e comportamentos de saúde de uma pessoa. Integra uma componente educativa, que visa dotar a pessoa de conhecimentos acerca do problema/doença e uma componente de suporte emocional, que aborda a gestão de emoções, das expectativas, entre outras (Sequeira & Sampaio, 2020).

Salientamos que a psicoeducação constitui uma das atividades mais desenvolvidas pelo EEESMP sendo uma das ferramentas mais eficazes para o aumento da literacia em saúde mental, bem como na sua promoção, desmistificação e redução do estigma associado à mesma.

O projeto "Preparação para a alta" teve início no dia 14 de outubro com a sessão de envolvimento no processo de saúde-doença. As restantes sessões foram marcadas consoante a disponibilidade do serviço e do horário de ensino clínico. Após uma análise do cronograma foi efetuada uma alteração na ordem dos temas das sessões para que a sequência fosse lógica e adaptada às necessidades do público-alvo. Foi efetuada uma análise dos resultados e consequente avaliação, inerente a cada sessão de psicoeducação e atividade terapêutica.

Perante a análise dos resultados foi possível concluir que a população-alvo adquiriu e consolidou conhecimentos sobre os temas abordados durante as sessões de psicoeducação. Este facto foi evidenciado pela ocorrência de maior percentagem de respostas corretas no final das sessões. Nas atividades psicoterapêuticas, foi providenciando diversas estratégias para ultrapassar os momentos de maior dificuldade, aumentando o leque de mecanismos de *coping* da população-alvo.

Para além do impacto no conhecimento, estas intervenções permitiram a partilha de sentimentos e experiências da população-alvo sobre as temáticas, auxiliando-os inclusive a reconhecer algumas alterações decorrentes da não adesão ao regime terapêutico. Verificou-se o aumento da crítica em relação à doença mental, bem como, a identificação de estratégias para promoção da adoção de estilos de vida saudáveis e prevenção do

agravamento da doença mental. A população-alvo salientou, também, a importância da realização deste tipo de sessões, por forma a adquirirem novas informações que os facilitem na resolução de alguns dos seus problemas no internamento atual e pós alta.

Apesar dos resultados positivos, ocorreram algumas situações limitadoras. Inicialmente foi planeado um total de 11 intervenções sendo que apenas foi possível realizar 8 devido a um processo de reestruturação do [redacted]. Das 7 sessões realizadas, 3 contaram com um número reduzido de participantes devido a algumas pessoas internadas terem tido alta. As condições climatéricas por vezes também condicionaram a realização das sessões, principalmente a caminhada terapêutica. Apesar da redução de pessoas internadas ser vista como uma limitação, numa das sessões realizadas revelou-se uma mais valia sendo facilitador da aprendizagem e da concentração.

Todas estas adversidades permitiram desenvolver a capacidade de adaptação e resiliência quer dos responsáveis do projeto quer da população-alvo, sendo necessário mobilizar conhecimentos e estratégias de improviso para que as sessões fossem adaptadas à alteração da realidade. Contudo, apesar dos obstáculos, com a mobilização de competências em equipa, consideramos que os objetivos delineados foram alcançados e as dificuldades foram ultrapassadas com sucesso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a implementação deste projeto foi considerada a aplicação de um pequeno questionário sobre as expectativas possíveis dificuldades da pessoa no pós-alta como também a manutenção da adesão terapêutica na comunidade assim, para avaliação diagnóstica serão aplicados vários questionários de conhecimento diagnóstico como também o Inventário de Beck. Estes serão aplicados no decorrer do projeto visto que apresentamos variadíssimas intervenções psicoterapêuticas como também sessões de psicoeducação.

Para reforçar os aspetos mencionados ao longo das atividades realizadas, será elaborado um panfleto informativo a ser entregue à pessoa com doença mental e respetiva família/cuidador no momento da alta. Durante este momento o enfermeiro deverá: Entregar o Panfleto Informativo; fornecer contactos que poderá usar em caso de algum problema relacionado com o seu estado de saúde.

Assim, é importante integrar estas intervenções na prática de todos os profissionais de saúde, nomeadamente os Enfermeiros, pois só desta forma, será possível produzir os resultados desejados.

Este projeto constitui-se assim, como uma ferramenta fundamental para a valorização da figura de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental, tendo este como uma das competências específicas: coordenar, desenvolver e implementar programas de intervenção especializados em saúde mental.

Assim, esperamos que este projeto se assuma como um contributo importante para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa com doença mental, e que seja dada continuidade a este tipo de intervenções, fundamentais para a promoção da saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gomes, I.D., Lopes, M.C.P.D., Basto, M.L., Oliveira, C.S., Botelho, M.A.R., Nunes, M.P.S., Catarino, E.J.D., Henriques, A. (2017). Grupo de Suporte a Familiares de Pessoas com Doença Mental Grave: Reequilíbrio da Identidade no Quotidiano. *Pensar Enfermagem*, 21(1), 3-19. https://doi.org/10.56732/pensarenf.v21i1.131

Lemes, C. B., & Neto, J. O. (2017). Aplicações da Psicoeducação no Contexto da Saúde. *Temas em Psicologia*, *25*(1), 17-28. http://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-02

Regulamento nº356/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: II série, n.º 122. https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/356-2015-67590900

Regulamento n.º 567/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: II série, nº122. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE

Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções. Lisboa: Lidel. ISBN 978-989-752-413-4.

Envolvimento no Processo de Saúde/ Doença

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Subagudos/ Doenças Afetivas [redacted]

Ana Teresa Primo e Ana Sofia Duarte

FUNDAMENTAÇÃO:

Segundo a OE (2018), a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental. Cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – EEESMP com competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem desenvolver um juízo clínico singular, uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade.

A realização das intervenções do EEESMP no tratamento das pessoas com doença mental visa contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família, face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, etc.), tendo como finalidade evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente e promover a recuperação e qualidade de vida deste. (OE, 2018)

Posto isto, as intervenções de EEESMP deverão ser implementadas o mais precocemente possível, de modo a aumentar as estratégias de *coping*, como também permitir à pessoa a libertação de emoções. Com o exposto, o EEESMP deve ter em consideração certos critérios de avaliação, inseridos nas competências deste, para a implementação de uma panóplia de intervenções que visam a melhoria do bem-estar e sintomatologia da pessoa com doença mental grave.

É competência do EEESMP, ao longo do ciclo de vida, assistir a pessoa, família e comunidade, na otimização da saúde mental e prestar cuidados de âmbito psico e socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (Regulamento nº 356/2015 de 25 de junho).

O cuidado centrado na pessoa permite que a pessoa alvo desses cuidados desenvolva os conhecimentos, as capacidades e a confiança que necessita para tomar decisões informadas e gerir de forma mais eficiente o seu projeto de saúde.

O PNS 2011-2016 refere que os requisitos para promover a adesão da pessoa embarca uma coletânea de atividades sendo estas a avaliação dos conhecimentos e das capacidades da pessoa; avaliação dos recursos familiares, sociais e económicos; o envolvimento da pessoa no plano; desenvolvimento da confiança e motivação para usar as suas próprias competências e educação terapêutica da pessoa/família para o autocuidado. (Campos et al., 2010)

Assim, a necessidade desta intervenção para envolver a pessoa, como também promover a expressão de expectativas no pós alta e a gestão destas na adequação perante as possíveis adversidades a encontrar.

Tema	Projeto "Preparação para a Alta"
Local	Sala de atividades da Unidade subagudos/doenças afetivas- [redacted]
Data	14.10.2023
Duração	45 minutos
Foco de enfermagem	Adesão terapêutica/Comportamento de adesão
Objetivo Geral	Envolver a pessoa no seu processo de saúde/doença
Objetivo específicos	● Apresentar o projeto "preparação para a alta"; ● Envolver a pessoa no seu processo de recuperação; ● Identificar expressão de emoções; ● Aumentar o bem-estar;
Público-alvo	Pessoas internadas na unidade, clinicamente estáveis, com diagnóstico de adesão terapêutica comprometida e/ou aceitação do estado de saúde comprometida, que estejam presentes na unidade e demonstrem vontade em participar.
Critérios de Exclusão	Recusa da pessoa, déficit cognitivo moderado a grave, ausência da pessoa, agitação psicomotora.
Recursos necessários	Cadeiras e material de escrita.
Metodologias e estratégias	Abordagem de breves conceitos relacionados com o envolvimento da pessoa no seu *recovery* e promover o seu *empowerment* através da sua capacitação. Conversa terapêutica para identificar e compreender as dificuldades sentidas ou previstas no pós alta.

Avaliação	Avaliação diagnóstica através do *feedback*, grau de participação e sinais de bem-estar das pessoas.
Aspetos éticos a considerar	Participação de livre vontade.
Plano de sessão	Introdução – 2 minutos ● Método descritivo, ativo: descrever a sessão e o seu objetivo. Desenvolvimento – 40 minutos ● Método ativo e interrogativo: apresentação do Projeto "Preparação para a alta", exposição e promoção de discussão sobre conteúdos recorrendo à conversa terapêutica e escuta ativa, questionar sobre dificuldades vivenciadas e solicitar contributos orais ou escritos para melhoria do Projeto. Questões a abordar: a) Quantos internamentos já teve na área da psiquiatria? Quais as dificuldades sentidas no pós alta? b) Quais são as suas preocupações em relação à alta? c) De que forma gostava de ser ajudado tendo em vista a preparação para a alta? d) Quais as competências que gostava que fossem abordadas e trabalhadas considerando a preparação para alta? e) Qual é a pertinência deste projeto? Avaliação - 3 minutos ● Método interrogativo e de avaliação: compreensão sobre o Projeto e a pertinência do mesmo, grau de participação através da manifestação de sentimentos de validação no processo terapêutico, expressão de emoções e sinais de bem-estar manifestados. Avaliação efetuada por observação, expressão verbal e/ou escrita.
Responsável pela sessão	Enf.ª Ana Sofia Duarte, em colaboração com a Enf.ª Ana Teresa Primo e Enf.ª Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica [redacted].

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Campos, L., Saturno, P. & Carneiro, A. (2010) Plano Nacional de Saúde: Qualidade dos serviços e cuidados. http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf

Regulamento nº356/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: II série, n.º 122. https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/356-2015-67590900

Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: 2.ª série, n.º 151. https://files.dre.pt/2s/2018/08/151000000/2142721430.pdf

Regulamento n.º 567/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: II série, nº122. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_356_2015_PadroesQualidadeCuidadosEspEnfSaudeMental.pdf

Avaliação da Sessão:

Nome	Consegue descrever o projeto?		Manifestou sentimento de validação no processo terapêutico?		Expressou emoções?		Manifestou sinais de bem-estar?	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
A.R.		X	X		X		X	
G.P.	X		X		X		X	
H.A.	X		X		X		X	
A.S.	X		X		X		X	
A.V.	X		X		X		X	
M.M.	X		X		X		X	
C.S.	X		X		X		X	
S.P.	X		X		X		X	

Avaliação da sessão:

Cerca das 11h15 foi solicitado, às pessoas internadas na Unidade de Agudos/Doenças Afetivas, [redacted], a participação de livre vontade na sessão de grupo com o tema "Projeto Preparação para a Alta" acautelando-se, assim, os aspetos éticos inerentes à mesma.

Deu-se início à sessão com a apresentação dos objetivos da mesma. Procedeu-se à apresentação do Projeto "Preparação para a alta" referindo a finalidade e os objetivos do mesmo. Neste momento inicial apenas uma pessoa demonstrou dificuldade na descrição do Projeto devido a efetuar vários levantes para uso do sanitário e por apresentar sintomatologia gripal.

No desenvolvimento da sessão as pessoas foram convidadas a partilhar dificuldades, que tenham sentido em internamentos anteriores ou no atual internamento, emoções, preocupações e dificuldades relativas ao processo de alta verificando-se a transversalidade de aspetos.

Foram identificados, de acordo com o padrão documental dos cuidados de enfermagem da Unidade de Agudos/Doenças Afetivas, no [redacted] os seguintes focos de enfermagem: Ansiedade ("*Não sei se conseguirei gerir a ansiedade*" (M.M)); Auto-administração de medicação ("*A medicação mudou não sei se serei capaz*" (C.S.)); Gestão do regime terapêutico ("*Acho que não vou ser capaz de manter uma rotina.*"(A.S.)); Interação social ("*Sinto dificuldade na comunicação com os outros, que não me compreendam.*" (H.A.)); Medo e Tristeza.

Considerando a Classificação para a Prática de Enfermagem (CIPE) foi ainda identificados os focos de enfermagem Estigma ("*Tenho medo de ser colocado de parte ou olhado de lado.*" (G.P.)), Autonomia ("*O que mais me preocupa é perder a minha autonomia.*"(S.P.)) e Expectativa ("*Não ser capaz de reconhecer comportamento padrão e voltar a repeti-lo.*"(A.V.)).

É de salientar que todos as pessoas verbalizaram emoções e demonstraram sentimento de validação no processo terapêutico.

No final da sessão, as pessoas manifestaram sinais de bem-estar, referindo que o Projeto "Preparação para a alta" é pertinente "*Já está a ser útil*" (A.R). Foi realizado agradecimento aos participantes pelos contributos, envolvimento e participação, quer na sessão quer no Projeto, tendo sido posteriormente dada como terminada a sessão.

Estilos de Vida Saudável/Caminhada Terapêutica

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Subagudos/ Doenças Afetivas [redacted]

Ana Teresa Primo e Ana Sofia Duarte

FUNDAMENTAÇÃO:

A saúde mental é um estado de bem-estar em que as pessoas reconhecem as suas próprias capacidades, conseguem lidar com as tensões normais do dia-a-dia, trabalham de forma produtiva e contribuem para a sua comunidade (WHO, 2013).

Segundo o Internacional Council of Nurses (2017), a adesão é caraterizada por uma ação auto-iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, na qual a pessoa cumpre as orientações indicadas e desempenha um conjunto de ações e comportamentos com os seguintes objetivos: cumprir o regime de tratamento; tomar os medicamentos conforme prescrito; valorizar as estratégias de promoção de saúde e prevenção de doença.

Diversos estudos têm procurado avaliar a relação entre a alimentação e saúde mental. Como explica Rodrigues (2015), a alimentação tem um papel essencial na vida da pessoa, e na prevenção de doenças. De facto, padrões alimentares saudáveis têm um papel fundamental na prevenção da depressão, ou seja, a presença de sintomas depressivos pode ser influenciada por hábitos alimentares e comportamentais relacionados com o seu estilo de vida.

Algumas perturbações psiquiátricas manifestam-se com maior frequência em pessoas que não possuem uma alimentação adequada. Reinberger (2015) afirma que pessoas com perturbações psiquiátricas agravam o seu quadro clínico quando não apresentam uma alimentação saudável. Desta forma, torna-se importante que ocorra um acompanhamento e uma intervenção por parte da equipa multidisciplinar, de forma a promover estilos de vida saudáveis, assegurando a promoção da literacia em saúde, relacionando a saúde mental com uma alimentação adequada.

Segundo Veigas & Gonçalves (2009), a prática regular de exercício físico pode auxiliar no controlo de sintomas de ansiedade, diminuição dos níveis de stress e redução de sintomatologia depressiva. Estes efeitos positivos são explicados pela segregação de endorfinas, que é induzida pela prática de exercício físico. As endorfinas apresentam propriedades idênticas às da morfina, podendo provocar na pessoa sensações agradáveis,

uma vez que podem reduzir a sintomatologia depressiva e sensações de angústia, elevando também o humor (Saavedra, 2004).

Além disso, o exercício físico promove a autoestima e o bem-estar, pois permite que a pessoa melhore a sua condição física e imagem corporal. Também promove um momento de distração e de ausência de estímulos indutores de ansiedade (Saavedra, 2004).

Nesse sentido, na elaboração do projeto de estágio, foi colocado como objetivo planear e realizar sessões de psicoeducação sobre "Estilos de vida saudável". A realização desta sessão serviu para alertar os utentes para a importância de adotar comportamentos no seu dia-a-dia para a promoção e manutenção da Saúde Mental.

Para preparação destas atividades foi preciso elaborar uma apresentação em PowerPoint e um questionário de avaliação inicial e final por forma a avaliar o conhecimento dos utentes sobre a temática e para servir de indicador de avaliação da sessão, como também alguns indicadores para a avaliação das sessões.

Tema	Estilos de vida Saudável
Local	Sala de atividades da Unidade subagudos/doenças afetivas[redacted]
Data	17.10.2023
Duração	45 minutos
Foco de enfermagem	Adesão terapêutica
Objetivo Geral	Promoção de estilos de vida saudáveis no pós alta.
Objetivo específicos	● Aumentar conhecimento sobre estilo de vida saudável; ● Promover a literacia em saúde mental; ● Aumentar o bem-estar;
Público-alvo	Pessoas internadas na unidade, clinicamente estáveis, com diagnóstico de adesão terapêutica comprometida e/ou aceitação do estado de saúde comprometida, que

	estejam presentes na unidade e demonstrem vontade em participar.
Critérios de Exclusão	Recusa da pessoa, déficit cognitivo moderado a grave, ausência, agitação psicomotora.
Recursos necessários	Cadeiras e material de escrita.
Metodologias e estratégias	Abordagem de breves conceitos relacionados com o estilo de vida saudável e a sua importância para a saúde mental; Discussão e partilha de sentimentos sobre a temática abordada.
Avaliação	Avaliação diagnóstica através do *feedback*, grau de participação. Aplicação de Questionários para avaliação do conhecimento (para avaliação inicial e final).
Aspetos éticos a considerar	Participação de livre vontade.
Plano de sessão	Introdução – 2 minutos ● Método descritivo, ativo: descrever a sessão e o seu objetivo. Desenvolvimento – 40 minutos ● Método ativo e interrogativo: apresentação da sessão, exposição e promoção de discussão sobre conteúdos recorrendo à exposição de conteúdos, conversa terapêutica e escuta ativa. Avaliação - 3 minutos ● Método interrogativo e de avaliação: questionar sobre possíveis dificuldades em manter um estilo de vida saudável, realizando técnica de resolução de problemas/negociação de

	alternativas. Avaliação efetuada por observação, expressão verbal e escrita.
Responsável pela sessão	Enf.ª Ana Primo, em colaboração com a Enf.ª Ana Duarte e Enf.ª Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica [redacted].

Tema	Caminhada terapêutica
Local	Recinto do Hospital [redacted]
Data	18, 19, 23,24,25,27,30, 31 de outubro 2, 4, 6, 9, 10, 12, 15, 16, 17, 19, 21, 22 e 28 de novembro
Duração	45 minutos
Foco de enfermagem	Adesão terapêutica
Objetivo Geral	Promoção de estilos de vida saudáveis no pós alta.
Objetivo específicos	• promover estratégias de intervenção para a adesão à prática de exercício físico; • Salientar a importância do exercício físico para a promoção da saúde mental; • Aumentar o bem-estar;
Público-alvo	Pessoas internadas na unidade, clinicamente estáveis, com diagnóstico de adesão terapêutica comprometida e/ou aceitação do estado de saúde comprometida, que estejam presentes na unidade e demonstrem vontade em participar.
Critérios de Exclusão	Recusa da pessoa, déficit cognitivo moderado a grave, ausência, agitação psicomotora e dificuldade na deambulação.
Recursos necessários	

Metodologias e estratégias	Realização de revisão de conhecimentos dos conteúdos ministrados na sessão de psicoeducação sobre estilos de vida saudável; Realização de caminhada no recinto do hospital com paragens para observação de paisagens e natureza. Discussão e partilha de sentimentos sobre a caminhada do dia.
Avaliação	Avaliação diagnóstica através do *feedback*, grau de participação e sinais de bem-estar das pessoas.
Aspetos éticos a considerar	Participação de livre vontade.
Plano de sessão	Introdução – 2 minutos ● Método descritivo, ativo: descrever a sessão e o seu objetivo. Desenvolvimento – 40 minutos ● Método ativo e interrogativo: realização de uma revisão de conhecimentos, realização da caminhada no recito do HSC, conversa terapêutica e escuta ativa. Avaliação - 3 minutos ● Método interrogativo e de avaliação: questionar sobre o bem-estar da pessoa, e os sentimentos antes e após a caminhada. Avaliação efetuada por observação, expressão verbal e escrita.
Responsável pela sessão	Enf.ª Ana Primo e Enf.ª Ana Duarte em colaboração com os Enf.ª Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

World Health Organization. (2013). Mental health action plan 2013–2020. Geneva, Switzerland: World Health Organization

International Council of Nurses. (2017). *International Classification for Nurses Practice 2017 version.* Genebra: International Council of Nurses

Rodrigues, C. P. C. (2015). Deficiência da vitamina b12 como um fator de risco na demência do idoso. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2015.

Reinberger, S. (2015). Diga-me o que você come...Psicologia da Alimentação, São Paulo, n. 52.

Saavedra, F. (2004). Actividade motora e toxicodependência: estudo sobre o efeito de um programa específico de actividade física numa população toxicodependente (Tese de Doutoramento). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO PRÉ-SESSÃO PSICOEDUCATIVA

Nome do participante:_____

Quando não temos um estilo de vida sedentário pode ocorrer: Declínio Cognitivo, Depressão e Cansaço.

a) Verdadeiro

b) Falso

A maior porção da roda dos alimentos é a das hortícolas.

a) Verdadeiro

b) Falso

Deve-se dar preferência às carnes vermelhas em comparação às carnes brancas.

a) Verdadeiro

b) Falso

As caminhadas só servem para perder tempo?

a) Verdadeiro

b) Falso

O exercício físico não ajuda em nada na manutenção da minha saúde mental?

a) Verdadeiro

b) Falso

O exercício físico regular diminui o risco de depressão e demência cerca de 20-30%

a) Verdadeiro

b) Falso

Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO PÓS-SESSÃO PSICOEDUCATIVA

Nome do participante: _____

Quando não temos um estilo de vida sedentário pode ocorrer: Declínio Cognitivo, Depressão e Cansaço.

a) Verdadeiro

b) Falso

A maior porção da roda dos alimentos é a das hortícolas.

a) Verdadeiro

b) Falso

Deve-se dar preferência às carnes vermelhas em comparação às carnes brancas.

a) Verdadeiro

b) Falso

As caminhadas só servem para perder tempo?

a) Verdadeiro

b) Falso

O exercício físico não ajuda em nada na manutenção da minha saúde mental?

a) Verdadeiro

b) Falso

O exercício físico regular diminui o risco de depressão e demência cerca de 20-30%

a) Verdadeiro

b) Falso

Avaliação da Sessão de psicoeducação:

Nome	Consegue compreender os conteúdos lecionados?		Manifestou possíveis dificuldades?		Compreendeu a importância do tema na sua manutenção da saúde mental?	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
G.A.	x			x	x	
C.G.	x			x	x	
A.C.	x			x	x	
C.S.	x			x	x	
A.R.	x			x	x	
G.P.	x			x	x	
H.A.	x			x	x	
A.A.	x			x	x	

Avaliação descritiva da sessão:

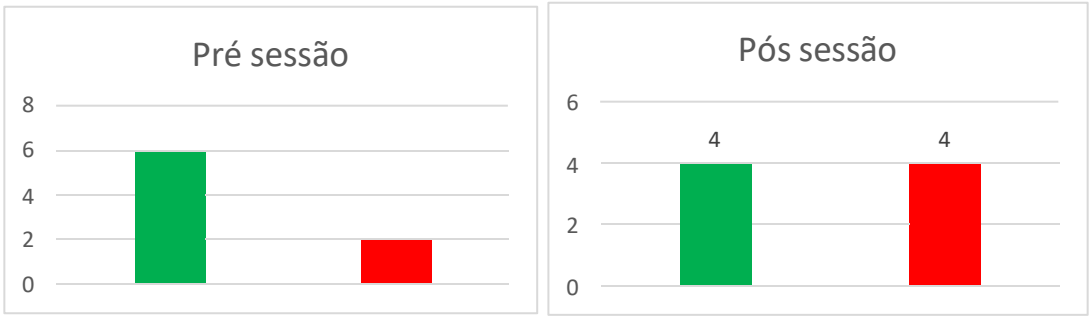
Cerca das 17h00 foi solicitado, às pessoas presentes na Unidade de Agudos/Doenças Afetivas, [redacted], a participação de livre vontade na sessão de psicoeducação com o tema "Estilos de vida saudável" acautelando-se, assim, os aspetos éticos inerentes à mesma.

Deu-se início à sessão questionando as pessoas se recordavam os conteúdos abordados na sessão anterior. Relembrados os conteúdos já abordados, procedeu-se à apresentação dos objetivos e a finalidade da sessão "Estilos de vida saudável". Foi pedido às pessoas o preenchimento de um questionário de avaliação diagnóstica a fim de aferir os conhecimentos prévios sobre o tema abordado.

No desenvolvimento da sessão as pessoas foram convidadas a partilhar conhecimentos sobre os temas abordados. Verificou-se que todos foram demonstrando interesse no tema, destacando-se alguns participantes mais ativos e com intervenções pertinentes, referindo "*Esta sessão foi importante para lembrar algumas bases*" (C. G.); "*Não sabia que a hormona da felicidade é a serotonina*" (H. A.)

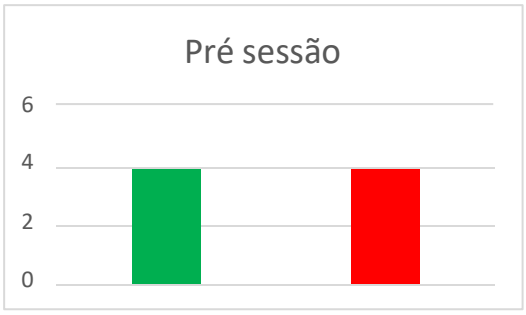
No final da sessão os participantes responderam novamente ao questionário inicial com a finalidade de perceber o impacto da sessão. Em seguida são analisados os dados obtidos.

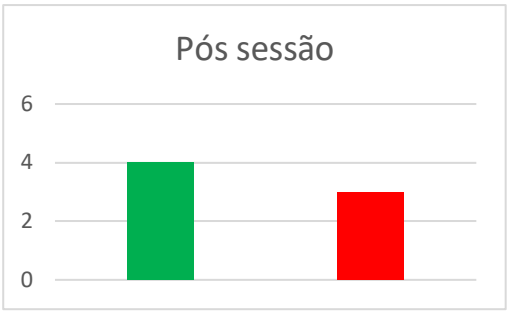
1 – *Quando não temos um estilo de vida sedentário pode ocorrer: Declínio Cognitivo, Depressão e Cansaço.*



Verificou-se uma diminuição da resposta correta sendo justificável com a possível dificuldade em compreender o vocabulário utilizado. Neste sentido, assumimos como uma limitação do questionário a linguagem não ser adaptada ao público-alvo.

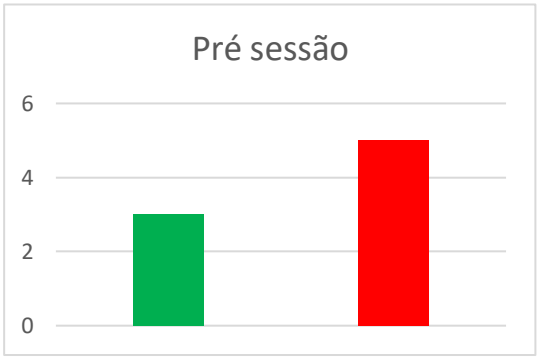
2 – *A maior porção da roda dos alimentos é a das hortícolas.*

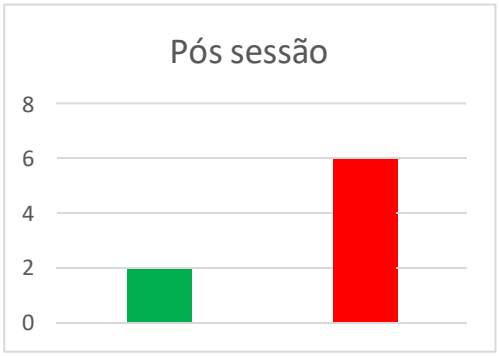




Ocorreu uma diminuição da resposta correta e, ausência de uma resposta justificando-se com o facto a imagem projetada ser de tamanho reduzido.

3 – *Deve-se dar preferência às carnes vermelhas em comparação às carnes brancas.*



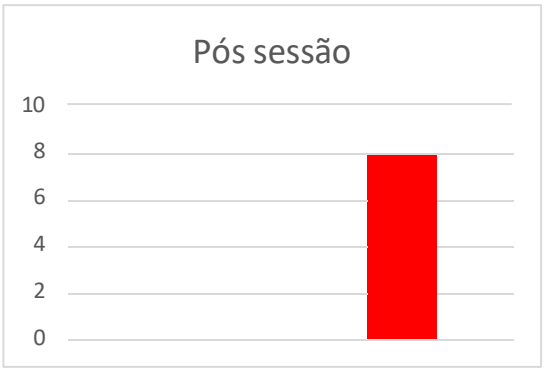


Houve um aumento de respostas corretas evidenciando, assim o impacto da sessão com ganho de conhecimentos.

4 – *As caminhadas só servem para perder tempo.*

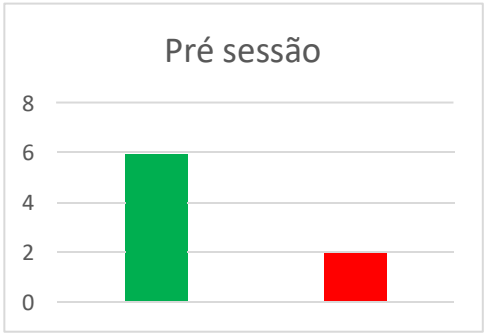
Não se verificou alteração nas respostas, sendo que todas as pessoas acertaram na resposta correta. Assim, podemos considerar a existência de conhecimentos prévios.

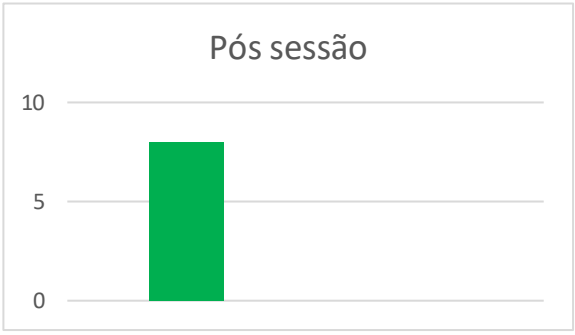
5 – *O exercício físico não ajuda em nada na manutenção da minha saúde mental?*



Houve um aumento de respostas corretas evidenciando, assim o impacto da sessão com ganho de conhecimentos.

6 – *O exercício físico regular diminui o risco de depressão e demência cerca de 20-30%*





Houve um aumento de respostas corretas evidenciando, assim o impacto da sessão com ganho de conhecimentos.

Por fim, foi realizado agradecimento às pessoas pelos contributos, envolvimento e participação na sessão e foi negociado o horário de início da caminhada terapêutica, no âmbito da sessão de psicoeducação realizada.

Avaliação da Atividade Psicoterapêutica “Caminhada Terapêutica”

Nome	Consegue relembrar os conteúdos lecionados na sessão de psicoeducação?		Manifesta sentimentos antes e após a caminhada?		Conseguiu descrever paisagens ou elementos da caminhada?		Manifestou sinais de bem-estar?	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
G.A.	X		x		x		x	
C.G.	X		x		x		x	
A.C.	X		x		x		x	
C.S.	X		x		x		x	
A.R.	X		x		x		x	
G.P.	X		x		x		x	
H.A.	X		x		x		x	
A.A.	X		x		x		x	

Avaliação descritiva da Atividade Psicoterapêutica

Pelas 18h00 deu-se início à caminhada terapêutica, realizando uma pequena revisão dos conteúdos abordados na sessão de psicoeducação, com o objetivo de promover a interação social. Foi, ainda, dado o conhecimento sobre os objetivos e finalidade da caminhada terapêutica. Ao longo da caminhada as pessoas manifestaram sinais de bem-estar e no final todas foram capazes de identificar o que sentiram antes da caminhada, o que sentiram no final e em que é que se focaram durante a mesma, relacionando com aspetos positivos das suas vivências. "Eu *observei um campo, o que me faz lembrar das minhas ovelhas*" (H. A.); "*Eu observei os pavões e veio-me à cabeça uma visita de estudo que fiz*" (A. C.) "Eu *vi umas rosas muito bonitas, gostava de ter em casa umas assim*" (C. S.) "Eu *gostei muito das árvores, trazem-me paz*" (A. R.)

Todas as pessoas referiram sentir-se mais calmas, relaxadas e com diminuição dos pensamentos ruminantes.

Por fim, foi realizado agradecimento pelos contributos, envolvimento e participação na sessão e foram informados da data e tema da próxima sessão a ser realizada.

Estigma e *Coping*/Resolução de Problemas

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Subagudos/ Doenças Afetivas - [redacted]

Ana Teresa Primo e Ana Sofia Duarte

FUNDAMENTAÇÃO:

O estigma face à doença mental figura-se como uma realidade presente com resultados para todos os envolvidos, quer seja a pessoa, a família ou o profissional de saúde. A redução do estigma e a promoção de atitudes positivas estão relacionadas com impacto forte face à pessoa com doença mental. O estigma transforma-se num problema devido às atitudes estigmatizantes, por vezes baseadas em crenças e mitos disseminados e enraizados, que têm impacto e representam uma barreira importante no acesso a cuidados de saúde mental e afetam a perceção e a aceitação da doença (Querido et al., 2020).

A educação e o contacto são duas das estratégias mais eficazes no combate ao estigma. As intervenções realizadas neste âmbito demonstram resultados ao nível da melhoria de atitudes estigmatizantes face à doença mental, principalmente se aplicadas ambas as estratégias em conjunto com a promoção da autorreflexão e do desenvolvimento pessoal (Querido et al., 2020).

A consciência por parte da pessoa portadora de doença mental face ao estigma compromete o seu bem-estar psicológico e influencia o processo de ajustamento à doença. A utilização de mecanismos de *coping* facilitam o ajustamento individual e a adaptação para a situações ou a momentos que causem ansiedade e/ou *stress* (Pais-Ribeiro et al., 2009). Lazarus and Folkman (1984) definem *coping* como um esforço comportamental e cognitivo, em constante mudança, que tem por finalidade gerir exigências internas ou externas específicas. Neste contexto, a mobilização de mecanismos de *coping* constitui-se como um meio para atingir o ajustamento face à doença mental.

Nesse sentido, na elaboração do projeto de estágio, foi colocado como objetivo planear e realizar sessões de psicoeducação sobre "Estigma e mecanismos de *coping*". A realização desta sessão serve para dotar as pessoas de conhecimento sobre o estigma e promover o *empowerment* através da aprendizagem de mecanismos de coping para a promoção e manutenção da Saúde Mental.

Para a preparação destas atividades foi preciso elaborar uma apresentação em PowerPoint e um questionário de avaliação inicial e final por forma a avaliar o conhecimento das pessoas sobre a temática e para servir de indicador de avaliação da sessão, como também alguns indicadores para a avaliação das sessões.

Tema	Estigma e *coping*
Local	Sala de atividades da Unidade subagudos/doenças afetivas- [redacted]
Data	24.10.2023
Duração	45 minutos
Foco de enfermagem	Comportamento de adesão
Objetivo Geral	Promover a adesão ao regime terapêutico
Objetivo específicos	● Aumentar a literacia sobre o estigma e *coping*; ● Identificar receios relativamente à opinião da sociedade após a alta; ● Identificar mecanismos de *coping*; ● Aumentar o bem-estar.
Público-alvo	Pessoas internadas na unidade, clinicamente estáveis, com diagnóstico de adesão terapêutica comprometida e/ou aceitação do estado de saúde comprometida, que estejam presentes na unidade e demonstrem vontade em participar.
Critérios de Exclusão	Recusa da pessoa, déficit cognitivo moderado a grave, ausência da pessoa, agitação psicomotora.
Recursos necessários	Cadeiras, material de escrita, computador e projetor.
Metodologias e estratégias	Abordagem de breves conceitos relacionados com o estigma e *coping*. Conversa terapêutica para identificar e compreender: as preocupações relativas à influência do estigma no processo de recuperação pós alta; mecanismos de *coping* pré existentes. Discussão e partilha de sentimentos sobre a temática abordada.
Avaliação	Avaliação diagnóstica através do *feedback* e grau de participação. Aplicação de Questionários para avaliação do conhecimento (para avaliação inicial e final).
Aspetos éticos a considerar	Participação de livre vontade.

Plano de sessão	Introdução – 2 minutos ● Método descritivo, ativo: descrever a sessão e o seu objetivo. Desenvolvimento – 40 minutos ● Método ativo e interrogativo: apresentação dos objetivos da sessão, exposição dos conteúdos e promoção de discussão sobre os mesmos recorrendo à conversa terapêutica e escuta ativa. Avaliação - 3 minutos ● Método interrogativo e de avaliação: questionar sobre possíveis dificuldades em lidar com o estigma e na aplicação de estratégias de *coping*, recorrendo à técnica de resolução de problemas/negociação de alternativas. Avaliação efetuada por observação, expressão verbal e escrita.
Responsável pela sessão	Enf.ª Ana Sofia Duarte, em colaboração com a Enf.ª Ana Teresa Primo e Enf.ª Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica [redacted]

Tema	Resolução de Problemas
Local	Sala de atividades da Unidade subagudos/doenças afetivas- [redacted]
Data	04.11.2023
Duração	45 minutos
Foco de enfermagem	*Coping*
Objetivo Geral	Promover um aumento de estratégias de resolução de problemas eficaz
Objetivo específicos	● Promover interação social; ● Assistir a pessoa a identificar os problemas; ● Assistir no reconhecimento dos recursos que possuem no momento; ● Ensinar habilidades que permitam superar os problemas atuais; ● Promover o senso de controle sobre os problemas; ● Oferecer métodos lógicos e sistemáticos para lidar com problemas futuros.
Público-alvo	Pessoas internadas na unidade, clinicamente estáveis, com diagnóstico de adesão terapêutica comprometida, aceitação do estado de saúde comprometida e poucas estratégias de *Coping*, que estejam presentes na unidade e demonstrem vontade em participar.
Critérios de Exclusão	Recusa da pessoa, déficit cognitivo moderado a grave, ausência da pessoa, agitação psicomotora.
Recursos necessários	Cadeiras, material de escrita.
Metodologias e estratégias	Realização de revisão de conhecimentos dos conteúdos ministrados na sessão de psicoeducação sobre o estigma e *coping*. Realização da atividade "Resolução de problemas" promovendo a interação dos pares e assistindo estes com uma conversa terapêutica para identificar o problema, estratégias e recursos para a sua resolução. Discussão e partilha de sentimentos sobre a atividade realizada.
Avaliação	Avaliação diagnóstica através do *feedback* e grau de participação.
Aspetos éticos a considerar	Participação de livre vontade.

Plano de sessão	Introdução – 2 minutos ● Método descritivo, ativo: descrever a sessão e o seu objetivo. Desenvolvimento – 40 minutos ● Método ativo e interrogativo: apresentação dos objetivos da sessão, breve explicação da atividade e promoção de discussão sobre a atividade recorrendo à conversa terapêutica e escuta ativa. Avaliação - 3 minutos ● Método interrogativo e de avaliação: questionar sobre possíveis dificuldades na resolução do problema e na aplicação de estratégias de *coping*, recorrendo à técnica de resolução de problemas/negociação de alternativas. Avaliação efetuada por observação, expressão verbal e escrita.
Responsável pela sessão	Enf.ª Ana Sofia Duarte, em colaboração com a Enf.ª Ana Teresa Primo e Enf.ª Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica Enf.ª [redacted]

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. Springer.

Oliveira, A. & Azevedo, S. (2014). Estigma na doença mental: Estudo observacional. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar* (30). file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/rpmgf,+2014-4-227-234.pdf

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Costa, N., Abreu, M. & Cardoso, H. (2009) Obesidade: Estigma e estratégias de coping na doença crónica. [Conference session]. 1º congresso de saúde e comportamento dos países de língua portuguesa. https://hdl.handle.net/10216/20676

Querido, A., Tomás, C., Carvalho, D., Gomes, J. & Cordeiro, M. (2020). Impacto de uma intervenção no estigma em saúde mental e ansiedade intergrupal. *Acta Paulista de Enfermagem* (33). https://acta-ape.org/en/article/impact-of-an-intervention-on-stigma-in-mental-health-and-intergroup-anxiety/

Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO PRÉ-SESSÃO PSICOEDUCATIVA

Por favor, leia a história do José:

O José é um homem com 30 anos de idade, solteiro e com Esquizofrenia. Às vezes ouve vozes e fica perturbado. Ele vive sozinho num apartamento e trabalha como estafeta num grande escritório de advogados. Já foi internado seis vezes devido à sua doença.

Agora responda a cada uma das seguintes questões sobre o José. Assinale com um X o número que melhor corresponde à sua resposta. (Numa escala de 1 a 5, em que 1 corresponde a "não ou nada" e 5 corresponde a "muito ou completamente").

Pergunta/Afirmação	Resposta Nada				Muito
	1	2	3	4	5
Eu sinto pena do José.					
Considero que o José é perigoso.					
Sinto-me assustado com o José.					
Acho que o José é culpado da sua situação de vida.					
Acho que seria melhor para a sociedade o José ser internado num Hospital Psiquiátrico.					
Sinto-me zangado com o José.					
Era capaz de ajudar o José.					
Quero manter-me afastado do José.					

Avaliação da Psicoeducação "*Estigma e Coping*":

Nome	Demonstra conhecimentos sobre estigma e/ou *coping*?		Verbaliza receios sobre a opinião da sociedade?		Identifica mecanismos de *coping*?		Manifestou sinais de bem-estar?	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
C.S.		X		X	X		X	
A.R.		X		X	X		X	
A.S.	X		X		X		X	
H. A	X		X		X		X	
G.A.	X		X		X		X	
C.G.	X		X		X		X	
A.C.	X		X		X		X	
S.P.	X			X	X		X	
G.P.		X		X	X		X	

Avaliação descritiva da sessão:

Pelas 10h30 foi solicitado, às pessoas internadas na Unidade de Agudos/Doenças Afetivas, no [redacted], a participação de livre vontade na sessão de psicoeducação com o tema "Estigma e *Coping*" acautelando-se, assim, os aspetos éticos inerentes à mesma.

Deu-se início à sessão questionando as pessoas sobre os conteúdos discutidos na sessão anterior. Realizada uma revisão dos conteúdos já abordados, procedeu-se à apresentação dos objetivos e a finalidade da presente sessão "*Estigma e Coping*". Foi pedido às pessoas o preenchimento de um questionário de avaliação diagnóstica a fim de aferir o seu auto-estigma. Verificou-se que algumas pessoas apresentam auto-estigma contudo sem se aperceberem do mesmo.

Na progressão da sessão as pessoas foram convidadas a participar ativamente sobre as suas vivências e se já experienciaram estigma por parte da sociedade ao qual a Srª G. P. referiu " E*u já tive vários internamentos em psiquiatria e uma vizinha perguntou se eu fui para o hospital dos maluquinhos.*". Foi questionada sobre o que isso a fazia sentir que rematou " E*u não tenho vergonha… eu estou aqui porque estou doente… estou aqui para me tratar.*". Também é de referir que foi trabalhado o auto-estigma ao qual foram mostrados vários mitos sobre o estigma sendo que algumas pessoas se reviram neles o que culminou numa conversa terapêutica onde foi evidenciado as características positivas de cada um destes e assim desmistificando as crenças existentes. Foram também questionados sobre estratégias que utilizavam para poderem ultrapassar as dificuldades ao qual a totalidade das pessoas responderam estratégias eficazes na resolução das dificuldades.

Por fim, foi realizado agradecimento às pessoas pelos contributos, envolvimento e participação na sessão e foram informadas da data e tema da próxima sessão a ser realizada.

Avaliação da Sessão “Resolução de Problemas”

Nome	Consegue relembrar os conteúdos lecionados na sessão de psicoeducação?		Consegue identificar os problemas?		Conseguiu identificar estratégias eficazes na resolução de problemas?		Consegue identificar os recursos a utilizar na resolução do problema?	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
A.R.	X			X	X		X	
G.P.	X		X		X			X
S.P.	X		X		X		X	

Avaliação da Sessão "Resolução de Problemas"

Cerca das 11h00 foi solicitado, às pessoas internadas na Unidade de Agudos/Doenças Afetivas, [redacted], a participação de livre vontade na atividade terapêutica com o tema "*Resolução de Problemas*" acautelando-se, assim, os aspetos éticos inerentes à mesma.

Deu-se início à sessão relembrando os conteúdos abordados na sessão anterior. Realizada uma revisão dos conteúdos já abordados, procedeu-se à apresentação dos objetivos e a finalidade da presente sessão "*Resolução de Problemas*". Foi pedido às pessoas para verbalizar ou escrever um problema. O Sr. A.R. recusou participar neste momento da atividade referindo "*Não tenho problemas. Está nas mãos dos outros.*". Realizada conversa terapêutica no sentido de explorar a afirmação do Sr. A.R.. Foi possível auscultar que o Sr. A.R. se referia à sua condição de estrangeiro, ou seja, espera que as entidades competentes (Agência para a Integração, Migrações e Asilo - antigo Serviço de Estrangeiros e Fronteiras) digam se pode permanecer em Portugal ou se tem que regressar ao Brasil. As restantes pessoas verbalizaram os seus problemas. De seguida pediu-se às pessoas para darem uma sugestão de resolução para cada problema dos colegas. A Sr.ª S.P. referiu que o seu problema era "*Não me ouvirem. Eu quero ir para casa e não me deixam.*" Após conversa terapêutica foi possível compreender que a Sr.ª S.P. se referia ao seu processo de transferência.As restantes pessoas sugeriram que a Sr.ª S.P. podia "*Conversar com a família.*" (Sr. A.R) e "*Conversar com os médicos e enfermeiros.*" (Sr. G.P.). As dinamizadoras realizaram confrontação sobre a situação tendo sido explicado o processo de reestruturação do serviço e sobre a sua situação familiar. O Sr. G.P. verbalizou "*Não sei para onde vou*." como problema. A Sr.ª S.P. prontificou-se em suavizar as preocupações referindo "*A vida é uma inconstante. Tão depressa estamos aqui como a seguir estamos ali. Olha vamos para onde nos mandarem! Na rua não ficamos.*". Neste sentido foi importante para as pessoas que as dinamizadoras clarificassem e desmistificassem todo o processo de reestruturação e de transferência das pessoas.

Após todas as pessoass exporem as suas dificuldades/problemas e realizada a desconstrução dos mesmos bem como efetuadas sugestões para resolução dos mesmos, foi questionada a pertinência desta atividade e a importância da mesma. O Sr. G.P. prontificou-se em referir "*Foi importante, assim ajudamo-nos uns aos outros.*".

Por fim, foi realizado agradecimento às pessoas pelos contributos, envolvimento e participação na sessão e foram informados da data e tema da próxima sessão a ser realizada.

A sessão “resolução de Problemas” contou apenas com 3 pessoas devido à reestruturação do Pavilhão e ausência de uma pessoa que se encontrava em Licença Terapêutica. Contudo, decidiu-se dar continuidade às sessões e, consequentemente, ao Projeto, considerando a importância das atividades, para os participantes como instrumento para a promoção do *empowerment* e facilitação do processo de transição.

Gestão de Emoções e Ansiedade/ Jogo “O medo” + Relaxamento

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Subagudos/ Doenças Afetivas [redacted]

Ana Teresa Primo e Ana Sofia Duarte

FUNDAMENTAÇÃO:

Para Damásio (2012), "as emoções são um meio natural de avaliar o ambiente que nos rodeia e reagir de forma adaptativa" (p. 67). Perante a presença de um objeto ou acontecimento, sendo este real ou uma memória, desencadeia a emoção e o cérebro normal, mediante um estímulo-emocional-competente, transmite respostas automáticas a nível das emoções. Assim, é realizada uma avaliação através do pensamento e, através desta coavaliação as pessoas podem modelar as suas respostas emocionais.

A regulação das emoções envolve processos intrínsecos (sobre a regulação de si próprio) e processos extrínsecos (dependem da regulação dos outros), podendo coexistir ambos os processos (Gross, 1998). A regulação das emoções, esta pode ser definida "como a capacidade para responder às constantes solicitações da experiência na esfera das emoções de uma forma que seja socialmente tolerável e suficientemente flexível para permitir reações espontâneas bem como a capacidade para adiar reações espontâneas quando for necessário" (Pardal, 2012, p. 28).

Posto isto, a regulação das emoções é a capacidade de gerir as mesmas de forma apropriada, possuir mecanismos de *coping* e de transformar as emoções negativas em positivas.

Cuidar através das emoções, figura-se como uma ferramenta que permite criar proximidade ao outro, ao seu sofrimento e promover o *empowerment* sendo, assim, possível prestar cuidados centrados na pessoa, individualizados e com qualidade.

Consequentemente, a gestão das emoções permite que o enfermeiro seja capaz de criar uma relação de ajuda, lidar com situações de cuidados geradores de sofrimento; ser empático e manter o seu próprio equilíbrio mental, potenciando assim o seu bem-estar emocional (Diogo, 2006).

Na gestão das emoções da pessoa com doença mental, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica deve ser detentor de estratégias facilitadoras, como: a comunicação assertiva, de forma que a pessoa se sinta acolhida e em segurança

para partilhar os seus sentimentos; a validação do sofrimento e acreditar naquilo que lhe é dito pela pessoa. O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica torna-se num importante elo terapêutico, ou seja, cuidar com emotividade, autenticidade, congruência e ressonância afetiva (Diogo, 2006). Contudo, é também importante dotar a pessoa de estratégias para que seja capaz de as utilizar autonomamente, gerir as suas emoções/sentimentos, contribuindo para a sua estabilidade, e assim, atingir o objetivo maior de ter um projeto de vida (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

A gestão das emoções enquanto dimensão do processo de *recovery*, representa assim a capacidade da pessoa em gerir os momentos bons e maus da sua vida, correndo riscos e estando envolvida no seu processo. Com o decorrer do tempo, a pessoa em parceria com os profissionais de saúde, desenvolve estratégias e competências de gestão das suas emoções, como sejam a auto monitorização, a compreensão e aceitação das mesmas, ao invés da sua modificação (WHO, 2017).

Neste sentido, o *recovery* promove a gestão das emoções, a aceitação da pessoa na sua essência, além das suas limitações ou dificuldades, sob a perspetiva de potenciar as capacidades/forças de cada pessoa, e assim vivenciar as emoções como parte do processo e não como parte do problema (Anthony, 1993).

A ansiedade é uma reação normal ao perigo ou ao stress do dia-a-dia. Pode ser entendida como uma sensação de medo perante uma ameaça ou uma preocupação perante algo que poderá acontecer e que tememos ser negativo. É comum as pessoas sentirem-se ansiosas quando têm problemas ou quando necessitam de tomar uma decisão importante. Se a ansiedade for exagerada e/ou prolongada, persistindo para lá do evento desencadeador, poderá tratar-se de um problema mais grave. As causas podem ser várias: genéticas; psicológicas; trauma; drogas; problemas de saúde mental ou problemas físicos.

Assim a ansiedade é uma condição que impossibilita a interação entre os indivíduos, limitando, até, a manutenção de uma rotina diária. Torna-se importante, refletir sobre a ansiedade com o intuito de ajudar a pessoa a reconhecer e lidar com ela, combatendo, desta forma, os efeitos nefastos da mesma.

O relaxamento pode ser visto como um estado de consciência, através do qual se alcançam sensações agradáveis e se afastam pensamentos causadores de ansiedade e *stress* (Coelho et al, 2018). É uma intervenção cognitivo-comportamental frequentemente utilizada para

redução da ansiedade, depressão e promoção do bem-estar subjetivo (Kwekkeboom, 2006).

Serra (2002) refere que o treino de relaxamento demonstra vantagens em problemas associados à ansiedade. Esta técnica apenas deve ser usada se a pessoa demonstrar vontade e capacidade para a aprender.

Surge, assim, a sessão de psicoeducação com o tema "Gestão de emoções e ansiedade" e a atividade terapêutica de relaxamento como também o jogo "O Medo". Para preparação destas atividades foi preciso elaborar uma apresentação em PowerPoint e um questionário de final por forma a avaliar o conhecimento das pessoas sobre a temática e para servir de indicador de avaliação da sessão, como também alguns indicadores para a avaliação das sessões.

Tema	Gestão de Emoções e Ansiedade
Local	Sala de atividades da Unidade subagudos/doenças afetivas- [redacted]
Data	05.11.2023
Duração	45 minutos
Foco de enfermagem	Aceitação do estado de saúde
Objetivo Geral	Estimular a autorregulação emocional
Objetivo específicos	● Identificar emoções; ● Identificar estratégias de gestão de emoções e de ansiedade; ● Aumentar os conhecimentos acerca de manifestações associadas à ansiedade e dar a conhecer estratégias que a atenuem. ● Aumentar o bem-estar.
Público-alvo	Pessoas internadas na unidade, clinicamente estáveis, com diagnóstico de adesão terapêutica comprometida e/ou aceitação do estado de saúde comprometida, que estejam presentes na unidade e demonstrem vontade em participar.
Critérios de Exclusão	Recusa da pessoa, déficit cognitivo moderado a grave, ausência da pessoa, agitação psicomotora.
Recursos necessários	Cadeiras, material de escrita, computador e projetor.

Metodologias e estratégias	Abordagem de breves conceitos relacionados com as emoções e a ansiedade. Conversa terapêutica para identificar e compreender as emoções e a ansiedade. Discussão e partilha de estratégias para a gestão de emoções e da ansiedade.
Avaliação	Avaliação diagnóstica através do *feedback* e grau de participação. Aplicação de um Questionário para avaliação do conhecimento.
Aspetos éticos a considerar	Participação de livre vontade.
Plano de sessão	Introdução – 2 minutos ● Método descritivo, ativo: descrever a sessão e o seu objetivo. Desenvolvimento – 40 minutos ● Método ativo e interrogativo: apresentação dos objetivos da sessão, exposição dos conteúdos e promoção de discussão sobre os mesmos recorrendo à conversa terapêutica e escuta ativa. Avaliação - 3 minutos ● Método interrogativo e de avaliação: questionar sobre possíveis dificuldades em gerir emoções em situações de *stress*, como também a ansiedade e explorar estratégias de *coping* eficazes. Avaliação efetuada por observação, expressão verbal e escrita.
Responsável pela sessão	Enf.ª Ana Teresa Primo, em colaboração com a Enf.ª Ana Sofia Duarte e Enf.ª Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica [redacted]

Tema	Jogo “O Medo”
Local	Sala de atividades da Unidade subagudos/doenças afetivas- [redacted]
Data	07.11.2023
Duração	15 minutos
Foco de enfermagem	Ansiedade
Objetivo Geral	Promover a expressão de emoções
Objetivo específicos	● Promover a expressão de emoções; ● Promover a interação social; ● Promover relação terapêutica; ● Desenvolver e melhorar mecanismos de *Coping*.
Público-alvo	Pessoas internadas na unidade, clinicamente estáveis, com diagnóstico de adesão terapêutica comprometida, aceitação do estado de saúde comprometida e poucas estratégias de *Coping*, que estejam presentes na unidade e demonstrem vontade em participar.
Critérios de Exclusão	Recusa da pessoa, déficit cognitivo moderado a grave, ausência da pessoa, agitação psicomotora.
Recursos necessários	Material de escrita e cadeiras.
Metodologias e estratégias	Realização da atividade “O medo” promovendo a procura de ajuda nas situações de stress. Pede-se a todas as pessoas que completem por escrito a frase «Na minha vida tenho medo que...» (anónimo). Metem-se os pedaços de papel num cone de papel, que se coloca no meio da roda. Passa-se o cone de volta, parando junto a cada pessoa do círculo que tira o pedaço de papel e o lê, dando sugestões de resolução ao colega para ultrapassar esse medo. Continua a atividade em redor do círculo. Discussão e partilha de sentimentos sobre a atividade realizada.
Avaliação	Avaliação diagnóstica através do *feedback* e grau de participação. Avaliar a expressão de emoções e interação social. Avaliar mecanismos de *coping*.

Aspetos éticos a considerar	Participação de livre vontade.
Plano de sessão	Introdução – 2 minutos ● Método descritivo, ativo: descrever a sessão e o seu objetivo. Desenvolvimento – 10 minutos ● Método ativo e interrogativo: apresentação dos objetivos da sessão, breve explicação da atividade e promoção de discussão sobre a atividade recorrendo à conversa terapêutica e escuta ativa. Avaliação - 3 minutos ● Método interrogativo e de avaliação: compreensão sobre a atividade, grau de participação através da manifestação de sentimentos, expressão de emoções e sinais de bem-estar manifestados. Avaliação efetuada por observação, expressão verbal e escrita.
Responsável pela sessão	Enf.ª Ana Teresa Primo, em colaboração com a Enf.ª Ana Sofia Duarte e Enf.ª Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica Enf.ª [redacted].

Tema	Relaxamento
Local	Sala de atividades da Unidade subagudos/doenças afetivas- [redacted]
Data	07.11.2023
Duração	15 minutos
Foco de enfermagem	Ansiedade
Objetivo Geral	Promover a gestão de ansiedade e stress de forma autónoma
Objetivo específicos	● Diminuir o grau de ansiedade; ● Conhecer técnicas de auto relaxamento; ● Desenvolver e melhorar os mecanismos de Coping;
Público-alvo	Pessoas internadas na unidade, clinicamente estáveis, com diagnóstico de adesão terapêutica comprometida, aceitação do estado de saúde comprometida e poucas estratégias de *Coping*, que estejam presentes na unidade e demonstrem vontade em participar.
Critérios de Exclusão	Recusa da pessoa, déficit cognitivo moderado a grave, ausência da pessoa, agitação psicomotora.
Recursos necessários	Colchões; Músicas sugestivas do conteúdo; Telemóvel para reprodução de Músicas.
Metodologias e estratégias	Realização de revisão de conhecimentos dos conteúdos ministrados na sessão de psicoeducação sobre emoções e ansiedade Realização da atividade "Relaxamento" promovendo a redução dos níveis de ansiedade das pessoas que a manifestem, promovendo a adesão a estratégias adequadas. Discussão e partilha de sentimentos sobre a atividade realizada.
Avaliação	Avaliação diagnóstica através do *feedback* e grau de participação. Aplicação do Inventário de Ansiedade de Beck antes e após sessão.
Aspetos éticos a considerar	Participação de livre vontade.
Plano de sessão	Introdução – 2 minutos ● Método descritivo, ativo: descrever a sessão e o seu objetivo.

	Desenvolvimento – 10 minutos ● Método ativo e interrogativo: apresentação dos objetivos da sessão, breve explicação da atividade e promoção de discussão sobre a atividade recorrendo à conversa terapêutica e escuta ativa. Avaliação - 3 minutos ● Método interrogativo e de avaliação: questionar sobre possíveis dificuldades na realização do relaxamento de respiração profunda e sobre sentimentos de bem-estar Avaliação efetuada por observação, expressão verbal e escrita.
Responsável pela sessão	Enf.ª Ana Teresa Primo, em colaboração com a Enf.ª Ana Sofia Duarte e Enf.ª Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica Enf.ª [redacted]

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Anthony, W. (1993) Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. https://doi.org/10.1037/h0095655

Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model: A guide for mental health professionals*. Brunner- Routelage Taylor and Francis Group.

Coelho, A., Parola, V., Fernandes, O., Querido, A. & Apóstolo, J. (2018). *Development of a guided imagery program for patients admitted to palliative care units.* Revista de Enfermagem Referência, IV Série (17), .23-32.

Damásio, António (2012), *Ao Encontro de Espinosa: As emoções sociais e a neurologia do sentir*. Temas e Debates.

Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro: uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Formasau.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271-299. https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.27

Kwekkeboom, K., Gretarsdottir, E. (2006). *Systematic review of relaxation interventions for pain*. ProQuest Psychology Journals 38(3), 269-277.

Pardal, A. (2012). *Regulação das emoções, padrões adaptativos de aprendizagem & satisfação com a vida: Estudo de Tradução e Validação do Regulation of Emotion Questionnaire 2 para a população portuguesa* [Doctoral dissertation, Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da UC. https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/23430

Serra, V.A. (2002) - *O Stresse na vida de todos os dias.* Coimbra: Adriano Vaz Serra, 665-692.

Sistema Nacional de Saúde. (2023, maio 10) *Ansiedade*. SNS24. https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-mental/ansiedade/#o-que-e-a-ansiedade

WHO. (2017). Promoting recovery in mental health and related services: WHO QualityRights training to act, unite and empower for mental health. WHO.

Avaliação da Psicoeducação:

Nome	Consegue identificar emoções?		Consegue identificar sintomas de ansiedade?		Consegue identificar estratégias eficazes para diminuição de ansiedade		Manifesta sinais de bem estar?	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
G. P.	X		X		X		X	
A. R.	X		X		X		X	
S. P.	X		X		X		X	

Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO PÓS-SESSÃO PSICOEDUCATIVA

1. **Escreva 3 emoções**

_____

_____

_____

2. **Faça um círculo à volta das palavras que considera serem sintomas de ansiedade.**

Respirar lentamente Transpiração Dor de cabeça Nervosismo
Facilidade em adormecer Diarreia Beber água

3. **Selecione com um X as estratégias que ajudam a controlar a ansiedade**.

	Ouvir música		Relaxar		Caminhar		Cozinhar
	Ver um filme		Passear / viajar		Dormir		Fazer uma massagem

Avaliação descritiva da sessão

Pelas 10h30 foi solicitado, às pessoas internadas na Unidade de Agudos/Doenças Afetivas, [redacted], a participação de livre vontade na sessão de psicoeducação com o tema "Emoções e Ansiedade" acautelando-se, assim, os aspetos éticos inerentes à mesma.

Deu-se início à sessão questionando as pessoas sobre os conteúdos discutidos na sessão anterior. Realizada uma revisão dos conteúdos já abordados, procedeu-se à apresentação dos objetivos e finalidade da presente sessão. No decorrer da exposição dos conteúdos foi estimulada a participação e promovida discussão sobre os temas abordados.

No final da sessão foi solicitado às pessoas o preenchimento de questionário de avaliação pós-sessão psicoeducativa para avaliar os conhecimentos adquiridos bem como a eficácia da mesma. Todas as pessoas foram capazes de identificar emoções, sintomas de ansiedade, estratégias eficazes para diminuição de ansiedade e manifestaram sinais de bem estar.

Por fim, foi realizado agradecimento às pessoas pelos contributos, envolvimento e participação na sessão e foram informadas da data e tema da próxima sessão a ser realizada.

A sessão "Emoções e Ansiedade" contou apenas com 3 pessoas devido à reestruturação do Pavilhão e ausência de uma pessoa que se encontrava em Licença Terapêutica. Contudo, decidiu-se dar continuidade às sessões e, consequentemente, ao Projeto, considerando a importância das atividades, para os participantes como instrumento para a promoção do *empowerment* e facilitação do processo de transição.

Avaliação da atividade “O Medo”

Nome	Conseguiu identificar um medo?		Conseguiu identificar um mecanismo de *coping*?		Foi interativo sem necessidade de ser estimulado?		Manifestou sinais de bem-estar?	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
G. A.	X		X			X		X
A. R.	X		X		X		X	
G. P.	X		X		X		X	

Avaliação descritiva da atividade

Pelas 17h30 foi solicitado, às pessoas internadas na Unidade de Agudos/Doenças Afetivas [redacted], a participação de livre vontade na atividade terapêutica com o tema "O medo" acautelando-se, assim, os aspetos éticos inerentes à mesma.

Deu-se início à sessão questionando as pessoas sobre os conteúdos discutidos na sessão anterior. Realizada uma revisão dos conteúdos já abordados, procedeu-se à apresentação dos objetivos e finalidade da presente sessão bem como à explicação do jogo.

Foi solicitado a cada pessoa que escrevesse num papel, de forma anónima, um medo ou preocupação que sentissem no momento. De seguida, cada pessoa dobrou o papel e colocou-o num copo para que fossem baralhados. Cada pessoa tirou um "medo" do copo e deu sugestões/estratégias para o enfrentar.

O Sr. G.P. tirou o papel com o medo "*Não conseguir dormir*." tendo referido como estratégia recorrer à toma de medicação SOS. As dinamizadoras aceitaram a proposta, mas lançaram o desafio de as pessoas referirem estratégias sem ser o recurso à medicação. As pessoas, em grupo, sugeriram a ingestão de uma bebida quente, tomar um banho quente, vestir roupa confortável, ouvir música, não dormir ao longo do dia, criar um padrão de sono regular e realizar exercício físico ao longo do dia.

O segundo medo "*Tenho medo do frio, afinal vem aí o mau tempo*." foi o Sr. A.R. que deu sugestões como vestir roupa adequada à estação do ano, colocar mantas e cobertores na cama, ingerir bebidas quentes e vestir a roupa por camadas.

O Sr. G. A. tirou o terceiro medo "*Tenho medo de quando regressar a casa não fazer a medicação como receitado. Tenho medo de piorar*." Relativamente a este medo foram sugeridas as seguintes estratégias: colocar um alarme no telemóvel para lembrar a hora da toma, ter uma caixa de medicação pré-preparada, solicitar apoio de uma pessoa próxima para gestão da medicação e falar com o médico psiquiatra sobre a necessidade de ajustar o horário da toma às atividades do quotidiano (ocupação/emprego).

Por fim, o último medo foi resolvido em conjunto: "*Medo de ser rejeitado devido ao diagnóstico*." As dinamizadoras aproveitaram este medo para recordar a sessão de psicoeducação sobre "Estigma e *coping*" e exemplos que deu uma pessoa nessa sessão por já ter sofrido estigma derivado dos seus internamentos e diagnósticos. Foi referido que em primeiro lugar é importante compreender o diagnóstico, a doença e desmistificá-la quer para a pessoa quer para a sociedade. Também foi referido que cada um é que deve decidir dizer ou não o seu diagnóstico e onde esteve salientando a importância de estar disponível para esclarecer as dúvidas das pessoas.

Com esta atividade todas as pessoas foram capazes de identificar um medo e pelo menos um mecanismo de *coping*. Houve necessidade de estimular uma das pessoas, os restantes participaram espontaneamente e, apenas 2 dos 3 pesssoas manifestaram sinais de bem-estar. Contudo, consideramos que o objetivo geral da sessão foi atingido.

Por fim, foi realizado agradecimento às pessoas pelos contributos, envolvimento e participação na sessão e foram informadas da data e tema da próxima sessão a ser realizada.

Apesar de apenas estarem presentes 3 pessoas existiram 4 medos sendo que o terceiro medo foi introduzido de forma propositada pela Enf.ª Dulce, a pedido das dinamizadoras para promover a capacidade de resolução de problemas.
A sessão "resolução de Problemas" contou apenas com 3 pessoas devido à reestruturação do [redacted]. Contudo, decidiu-se dar continuidade às sessões e, consequentemente, ao Projeto, considerando a importância das atividades, para as pessoas como instrumento para a promoção do *empowerment* e facilitação do processo de transição.

Avaliação da Sessão “Relaxamento”

Nome	Consegue manter a concentração ao longo da atividade?		Manifesta dificuldades em desenvolver a técnica de relaxamento?		Apresenta diminuição de ansiedade?		Manifestou sinais de bem-estar?	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
G. A.	X		X		X		X	
G. P.	X		X		X		X	
A. R.	X		X		X		X	

Avaliação descritiva da sessão

Pelas 18h30 foi solicitado, às pessoas internadas na Unidade de Agudos/Doenças Afetivas, no [redacted], a participação de livre vontade na atividade terapêutica com o tema "Relaxamento" acautelando-se, assim, os aspetos éticos inerentes à mesma.

Deu-se início à sessão questionando as pessoas sobre os conteúdos discutidos na sessão anterior. Realizada uma revisão dos conteúdos já abordados, procedeu-se à apresentação dos objetivos e finalidade da presente sessão bem como à explicação dos passos do relaxamento.

Antes de se proceder ao exercício de relaxamento foi solicitado às pessoas o preenchimento do "Inventário de Ansiedade de Beck" para auferir o nível de ansiedade de cada pessoa.

Posteriormente, foi pedido para que as pessoas se sentassem de forma confortável e quem se sentisse à vontade podia fechar os olhos para aumentar a capacidade de concentração no exercício. Foi colocada uma música ambiente e deu-se início à realização da técnica de relaxamento com recurso à respiração abdominal, com recursos ao texto de apoio.
No final do exercício de relaxamento foi solicitado novamente o preenchimento do "Inventário de Ansiedade de Beck" para verificar se ocorreu diminuição dos níveis de ansiedade. Todas as pessoas apresentaram diminuição do score de ansiedade. O Sr. A.R. antes do relaxamento apresentava ansiedade leve com score 13 pontos e no final do relaxamento apresentou score 0 pontos. O Sr. G. P. antes do relaxamento apresentava ansiedade leve com score 16 pontos tendo diminuído para score 5 (ansiedade mínima) após o relaxamento. O Sr. G.A. antes do relaxamento apresentava ansiedade leve com score 17 pontos, após o relaxamento obteve score 13, mantendo ansiedade leve.
Após o preenchimento do inventário foi pedido às pessoas para verbalizarem a sua opinião sobre a sessão. As pessoas referiram ser "*fácil de fazer*" e "*Ajudou muito*".

Por fim, foi realizado agradecimento às pessoas pelos contributos, envolvimento e participação na sessão e foram informadas da data e tema da próxima sessão a ser realizada. A sessão "Relaxamento" contou apenas com 3 pessoas devido à reestruturação do Pavilhão 1. Contudo, decidiu-se dar continuidade às sessões e, consequentemente, ao Projeto, considerando a importância das atividades, para as pessoas como instrumento para a promoção do *empowerment* e facilitação do processo de transição.

Panfleto “Tenho Alta. E Agora?”

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Subagudos/ Doenças Afetivas - [redacted]

Ana Teresa Primo e Ana Sofia Duarte

FUNDAMENTAÇÃO:

A saúde mental é um estado de bem-estar em que as pessoas reconhecem as suas próprias capacidades, conseguem lidar com as tensões normais do dia-a-dia, trabalham de forma produtiva e contribuem para a sua comunidade (WHO, 2013).

A privação de sono prejudica a capacidade de parar e bloquear pensamentos intrusivos, negativos ou indesejáveis. Estes pensamentos tendem a ser uma queixa comum de quem sofre de traço ou perturbação de ansiedade, depressão, transtorno de *stress* pós-traumático e outras condições psiquiátricas. (Harrington et al., 2021).

O aparecimento de padrões alterados de sono é observado na maioria das perturbações psiquiátricas. As queixas mais comuns são relacionadas à dificuldade para iniciar e manter o sono (insónia inicial e de manutenção) e é também muitas vezes referido que o sono não é reparador. A insónia terminal ou despertar precoce está mais associada a quadros depressivos. A hipersonia pode aparecer em alguns quadros de depressão atípica ou em transtornos bipolares. (Lucchesi et al., 2005)

O sono e a sua relação com saúde mental é um tema muito abordado na literatura, representando uma preocupação de há muito tempo, no entanto ainda bastante atual, e pertinente tendo em conta as patologias das pessoas que se encontram internados no serviço que potenciam a alteração do padrão de sono adequado.

Uma das grandes dificuldades que se coloca nas pessoas com doença mental prende-se com a adesão ao regime terapêutico proposto. Esta dificuldade é sustentada por inúmeros fatores, como sejam as representações individuais da doença, as crenças, a aceitação do diagnóstico, a personalidade, as estratégias de *coping* e a relação estabelecida entre o doente e o profissional de saúde (Joyce-Moniz e Barros, 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2003) a adesão terapêutica é o grau ou extensão do comportamento da pessoa em relação à toma da medicação, ao cumprimento da dieta e alteração de hábitos ou estilos de vida, correspondente às recomendações veiculadas pelo profissional de saúde.

Na tentativa de identificar os agentes que podem interferir neste processo, a OMS (2003), reconheceu cinco grupos de fatores relacionados com a adesão terapêutica: os fatores sociais, económicos e culturais; os fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde; os fatores relacionados com a doença de base e comorbilidades; os fatores relacionados com a terapêutica prescrita; e os fatores individuais relativos à pessoa.

Desta forma é importante integrar este fenómeno na prática diária de todos os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, pois só desta forma será possível produzir os resultados desejados. Para isso, os enfermeiros deverão dispor de ferramentas e estratégias que lhes permitam identificar este problema e implementar intervenções para melhorar/aumentar a adesão ao regime medicamentoso (OMS, 2003).

Nesse sentido, na elaboração do projeto de estágio, foi colocado como objetivo planear e realizar, a sessão de educação para a saúde sobre "Higiene do Sono e Adesão à Terapêutica" como também uma atividade terapêutica de automassagem para a promoção do bem-estar. A realização destas sessões serve para alertar as pessoas para a importância de um padrão de sono adequado e a adesão à terapêutica para a manutenção da sua Saúde Mental.

Para preparação desta atividade foi preciso elaborar uma apresentação em PowerPoint e um questionário de avaliação inicial e final por forma a avaliar o conhecimento das pessoas sobre a temática e para servir de indicador de avaliação da sessão, como também de um guião de automassagem para os profissionais de saúde.

Tema	Higiene do Sono e Adesão à Terapêutica
Local	Sala de atividades da Unidade subagudos/doenças afetivas-[redacted]
Data	15.11.2023
Duração	45 minutos
Foco de enfermagem	Comportamentos de adesão.
Objetivo Geral	Promoção da manutenção da saúde mental após alta.

Objetivo específicos	● Identificar estratégias para combater alterações do padrão de sono; ● Identificar estratégias para combater a baixa adesão à terapêutica; ● Identificar sinais de alerta da alteração do padrão de sono; ● Promover a literacia em saúde mental.
Público-alvo	Pessoas internadas na unidade, clinicamente estáveis, com diagnóstico de adesão terapêutica comprometida e/ou aceitação do estado de saúde comprometida, que estejam presentes na unidade e demonstrem vontade em participar.
Critérios de Exclusão	Recusa da pessoa, déficit cognitivo moderado a grave, ausência da pessoa, agitação psicomotora.
Recursos necessários	Cadeiras e material de escrita.
Metodologias e estratégias	Abordagem de breves conceitos relacionados com a higiene do sono e a adesão à terapêutica e a sua importância para a saúde mental; Discussão e partilha de sentimentos sobre a temática abordada.
Avaliação	Avaliação diagnóstica através do *feedback*, grau de participação. Aplicação de Questionários para avaliação do conhecimento (para avaliação inicial e final).
Aspetos éticos a considerar	Participação de livre vontade.
Plano de sessão	Introdução – 2 minutos ● Método descritivo, ativo: descrever a sessão e o seu objetivo. Desenvolvimento – 40 minutos ● Método ativo e interrogativo: apresentação da sessão, exposição e promoção de discussão sobre conteúdos recorrendo à exposição de conteúdos, conversa terapêutica e escuta ativa. Avaliação - 3 minutos

	• Método interrogativo e de avaliação: questionar sobre possíveis dificuldades em manter em manter uma boa higiene do sono como também uma boa adesão à terapêutica, realizando técnica de resolução de problemas/negociação de alternativas. Avaliação efetuada por observação, expressão verbal e escrita.
Responsável pela sessão	Enf.ª Ana Duarte, em colaboração com a Enf.ª Ana Primo e Enf.ª Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica [redacted].

Tema	Automassagem
Local	Sala de atividades da Unidade subagudos/doenças afetivas-[redacted]
Data	16.11.2023
Duração	15 minutos
Foco de enfermagem	Sono
Objetivo Geral	Promover uma boa higiene do sono
Objetivo específicos	• Diminuir a ansiedade • Aprender técnicas de automassagem; • Desenvolver e melhorar os mecanismos de Coping;
Público-alvo	Pessoas internadas na unidade, clinicamente estáveis, com diagnóstico de adesão terapêutica comprometida, aceitação do estado de saúde comprometida e poucas estratégias de *Coping*, que estejam presentes na unidade e demonstrem vontade em participar.
Critérios de Exclusão	Recusa da pessoa, déficit cognitivo moderado a grave, ausência da pessoa, agitação psicomotora.
Recursos necessários	Colchões; Guião de automassagem.

Metodologias e estratégias	Realização de revisão de conhecimentos dos conteúdos ministrados na sessão de psicoeducação sobre higiene do sono e adesão à terapêutica Realização da atividade "automassagem" seguido os passos: 1 - Sente-se confortavelmente, com as costas eretas. Respire calmamente procurando focar sua atenção em si mesmo. 2 - Atente para a nuca e ombros: prenda os músculos da nuca como se suas mãos fossem duas pinças descendo da cabeça para baixo e para os lados até chegar aos ombros. 3 - Com a mão direita, pince o ombro esquerdo enquanto gira o ombro 360 graus. Repita do outro lado da mesma forma. 4 - Para as costas e a coluna: eleve os braços e dobre-os para trás, caminhando com as mãos para baixo (partindo dos ombros) em direção à cintura. 5 - Una as mãos às costas, posicionando uma das mãos por baixo e a outra por cima. Flexione o tronco para frente expirando. Repita o exercício trocando a posição das mãos. 5 - Para liberar a tensão dos braços, inicie dando pequenos soquinhos com a mão fechada no braço oposto. Comece a partir do ombro até a mão (que deve estar com a palma para cima). Volte percutindo com a palma da mão para baixo, na face externa do braço até o ombro. Atenção: toque as articulações com cuidado. Termine deslizando e friccionando ligeiramente o braço e o antebraço. 7 - As mãos também merecem cuidado especial. Inicie atritando bem as palmas e o dorso das mesmas. 8 - Cuide dos dedos, pressionando e massageando cada um deles desde a articulação até a extremidade. Promovendo assim a redução dos níveis de ansiedade dos utentes que a manifestem, promovendo a adesão de estratégias adequadas para manter uma boa higiene do sono. Discussão e partilha de sentimentos sobre a atividade realizada.

Avaliação	Avaliação diagnóstica através do *feedback* e grau de participação. Aplicação do Inventário de Ansiedade de Beck antes e após sessão
Aspetos éticos a considerar	Participação de livre vontade.
Plano de sessão	Introdução – 2 minutos ● Método descritivo, ativo: descrever a sessão e o seu objetivo. Desenvolvimento – 10 minutos ● Método ativo e interrogativo: apresentação dos objetivos da sessão, breve explicação da atividade e promoção de discussão sobre a atividade recorrendo à conversa terapêutica e escuta ativa. Avaliação - 3 minutos ● Método interrogativo e de avaliação: questionar sobre possíveis dificuldades na realização da automassagem e sobre sentimentos de bem-estar Avaliação efetuada por observação, expressão verbal e escrita.
Responsável pela sessão	Enf.ª Ana Teresa Primo, em colaboração com a Enf.ª Ana Sofia Duarte e Enf.ª Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica Enf.ª [redacted]

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Harrington, M. O., Ashton, J. E., Sankarasubramanian, S., Anderson, M. C., & Cairney, S. A. (2021). *Losing Control: Sleep Deprivation Impairs the Suppression of Unwanted Thoughts*. Clinical Psychological Science, 9(1), 97–113. https://doi.org/10.1177/2167702620951511

Lucchesi, L., Pradella-Hallinan, M., Lucchesi, M. and Moraes, W., (2005). *O sono em transtornos psiquiátricos*. Rev Bras Psiquiatr. 2005;27(Supl I):27-32.

World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013–2020*. Geneva, Switzerland: World Health Organization

Joyce-Moniz, L. & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: Desenvolvimento e intervenção*. Edições ASA. Porto.

World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. World Health Organization: https://www.paho.org/en/documents/who-adherence-long-term-therapies-evidence-action-2003

Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO PRÉ-SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Nome do participante: _____

1. Selecione a resposta correta. Quantas horas de sono considera adequadas a um adulto?

a) 6-7 horas
b) 7 -8 horas
c) 7-9 horas
d) 8-9 horas

2. Selecione a resposta errada. A luz azul…

a) É a luz emitida pelos ecrãs dos dispositivos eletrónicos.
b) Aumenta a produção de substâncias essenciais a um sono saudável.
c) É responsável por despertares precoces.
d) É responsável por despertares noturnos mais frequentes.

3. Para ter um sono saudável devo procurar realizar atividade física ao final do dia.

a) Verdadeiro.
b) Falso.

4. Para ter um sono saudável devo procurar evitar ter luzes acesas.

a) Verdadeiro.
b) Falso.

Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO PRÉ-SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Nome do participante: _____

1. Selecione a resposta correta. Quantas horas de sono considera adequadas a um adulto?

a) 6-7 horas
b) 7 -8 horas
c) 7-9 horas
d) 8-9 horas

2. Os Medicamentos são importantes para…

a) Não sentir nada
b) Ficar com sono.
c) Evitar recaídas.
d) Os médicos não ficarem chateados

4. Para ter um sono saudável devo procurar realizar atividade física ao final do dia.

a) Verdadeiro.
b) Falso.

5. Se eu não tomar a medicação, fico melhor.

a) Verdadeiro.
b) Falso.

Avaliação da Psicoeducação “Higiene do sono e adesão à terapêutica”:

Nome	Consegue compreender os conteúdos lecionados?		Identifica sinais de alerta nas alterações do padrão de sono?		Identifica estratégias para combater a baixa adesão à terapêutica?		Compreendeu a importância do tema na sua manutenção da saúde mental?	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não

Avaliação da sessão “Automassagem”

	Participação			Ansiedade			Concentração				Demonstração de sinais de Relaxamento	
Nome	Sim	Não		Reduzida	Moderada	Elevada	Foca-se em estímulos externos		Executa a sequência proposta		Sim	Não
		Motivo					Sim	Não	Sim	Não		

Panfleto “Tenho Alta. E Agora?”

Regime medicamentoso

Os medicamentos são importantes:

- Controlar a doença;
- Evitar recaídas;
- Aumentar a qualidade de vida;
- Proporcionar bem-estar;
- Aumentar o grau de autonomia.

É fundamental manter-se informado em relação à terapêutica;

Qualquer dúvida em relação à terapêutica informe-se junto de um profissional de saúde.

Resolução de problemas:

⇒ Defina o problema da forma mais simples possível.

⇒ Indique três formas possíveis de o resolver

⇒ Para cada possibilidade escreva uma Vantagem e uma Desvantagem

⇒ Escolha a melhor forma de resolver o problema.

⇒ Planeie os passos para a decisão tomada.

⇒ Avaliar a eficácia dos resultados.

As pessoa é muito mais do que a sua doença!

A saúde mental é das áreas que mais é afetada pela questão do estigma, o que traz muitas consequências negativas para o dia-a-dia das pessoas com doença mental.

O estigma transforma-se num problema devido às atitudes estigmatizantes, por vezes baseadas em crenças e mitos disseminados e enraizados, que têm impacto e representam uma barreira importante no acesso a cuidados de saúde mental e afetam a perceção e a aceitação da doença

O mais importante é que não estás sozinho. Podes sempre pedir ajuda aos profissionais de saúde.

Contacta o teu médico Psiquiatra, o teu Médico de Família ou o Enfermeiro de referência.

escola superior de enfermagem de coimbra

Tenho alta. E agora?

Ana Sofia Duarte
Ana Teresa Primo

Estudantes do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Ano letivo 2022/2023

Alimentação saudável

- Tome sempre o pequeno-almoço;
- Evite estar mais de 3h.30m. sem comer;
- Ingerir hortaliças, frutas e legumes ;
- Evite ingerir açúcar e produtos açucarados;
- Dê preferência a peixes e carnes magras;
- Diminua a utilização de sal!
- Beber cerca de 1,5L a 3 L de água por dia;
- Evitar refrigerantes, sumos de frutos artificiais e bebidas alcoólicas.

Exercício físico

O exercício físico regular contribui para uma melhor autoestima, estimula a organização de rotinas e a socialização. Ser fisicamente ativo ajuda ainda a reduzir o stress e a ansiedade, podendo também ser um elemento importante na prevenção de problemas de saúde mental.

Sono e repouso

o Sono é uma necessidade fundamental de todo o ser humano!

Estado de repouso, com inerente redução da atividade corporal e do estado de consciência, no qual o indivíduo não está acordado nem alerta, e no qual o seu

Estratégias para gestão de emoções:

Caminhada

Uma caminhada intensa de 10 minutos melhora a agilidade mental, a energia e o estado de humor;

Relaxamento Simples

1. Coloque-se em posição confortável, sentado ou deitado.

2. Coloque as palmas das mãos na barriga para perceber o movimento da mesma. Procure respirar de forma calma, pelas narinas.

3. Esvazie completamente os pulmões, contraindo a barriga, puxando-a para dentro.

4. Permaneça por um instante sem ar.

5. Inspire deixando o ar entrar devagar, soltando e expandindo naturalmente a barriga.

6. Execute esta respiração no ritmo mais lento que conseguir, enquanto imagina o seu corpo completamente

Automassagem

1 - Sente-se confortavelmente, com as costas eretas. Respire calmamente procurando focar sua atenção em si mesmo.

2 - Atente para a nuca e ombros: prenda os músculos da nuca como se suas mãos fossem duas pinças descendo da cabeça para baixo e para os lados até chegar aos ombros.

3 - Com a mão direita, pince o ombro esquerdo enquanto gira o ombro 360 graus. Repita do outro lado da mesma forma.

4 - Para as costas e a coluna: eleve os braços e dobre-os para trás, caminhando com as mãos para baixo (partindo dos ombros) em direção à cintura.

5 - Una as mãos às costas, posicionando uma das mãos por baixo e a outra por cima. Flexione o tronco para frente expirando. Repita o exercício trocando a posição das mãos.

6- Para liberar a tensão dos braços, inicie dando pequenos soquinhos com a mão fechada no braço oposto. Comece a partir do ombro até a mão (que deve estar com a palma para cima). Volte percutindo com a palma da mão para baixo, na face externa do braço até o ombro. Atenção: toque as articulações com cuidado. Termine deslizando e friccionando ligeiramente o braço e o antebraço.

7 - As mãos também merecem cuidado especial. Inicie atritando bem as palmas e o dorso das mesmas.

8 - Cuide dos dedos, pressionando e massageando cada um deles desde a articulação até a extremidade.