



**Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde de Leiria**

**Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

**A SOBRECARGA E QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL DOS CUIDADORES  
FORMAIS DA PESSOA COM DEMÊNCIA**

**Iara Silva Ribeiro**

**Leiria, 2023**

**Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde de Leiria**

**Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

**A SOBRECARGA E QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL DOS CUIDADORES  
FORMAIS DA PESSOA COM DEMÊNCIA**

Relatório Final de Estágio

**Iara Silva Ribeiro**

Nº 5210061

**Unidade Curricular:**

Estágio de Natureza Profissional em ESMP com Relatório Final

**Docente Orientador:**

Catarina Tomás

Lídia Moutinho

**Leiria, 2023**

## ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

CIPE - Classificação para a Prática de Intervenções de Enfermagem

CID 10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

Dp - Desvio Padrão

DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

EC - Ensino Clínico

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

M – Média

Max – Máximo

Min – Mínimo

n - Participantes

OMS - Organização Mundial de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PDCA - *Plan-Do-Check-Act*

PHDA - Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

PMCQCE - Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

SCPD - Sintomas Comportamentais e Psicológicos da Demência

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SWOT - *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

% - Percentagem

## RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, inserido na Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com Relatório Final. Este tem como objetivo, descrever e refletir sobre as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica desenvolvidas em contexto prático, através da descrição das atividades realizadas ao longo do percurso.

O relatório encontra-se escrito com base numa metodologia descritiva e crítico-reflexiva, com suporte em evidência científica existente, que permite o desenvolvimento de competências comuns e específicas. Neste sentido, aborda os diferentes contextos da prática clínica, bem como a sua reflexão, as competências comuns do Enfermeiro Especialista e ainda as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, adquiridas nos diferentes Ensinos Clínicos.

Este relatório engloba ainda o Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, intitulado de “Sobrecarga e Qualidade de Vida Profissional dos Cuidadores Formais da Pessoa com Demência”, através da metodologia *PDCA*. A pessoa com demência traduz-se num envelhecimento com a agravante de declínio cognitivo, com necessidades específicas e cuidados personalizados. Assim, os cuidadores formais das pessoas com demência estão sujeitos a dificuldades acrescidas no cuidar, muitas vezes sem perceção real das consequências a nível pessoal.

A sobrecarga ou *stress* experienciados pelos cuidadores formais torna-se real se for devidamente identificada, podendo intervir de forma a evitar complicações e a melhorar a sua qualidade de vida profissional. Após a identificação do problema e das causas que provocam a sobrecarga, procedeu-se à aplicação de um programa interventivo direcionado ao cuidado à pessoa com demência. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, através da sua intervenção especializada, contribui para o aumento do conhecimento dos cuidadores formais e para a aquisição de estratégias facilitadoras no cuidado à pessoa com demência, bem como para a promoção da sua Saúde Mental.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Enfermagem; Sobrecarga; Cuidadores Formais

**ÍNDICE**

<b>ÍNDICE DE TABELAS</b>	<b>vi</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>PARTE I</b>	<b>10</b>
<b>1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO</b>	<b>10</b>
1.1. INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA	11
1.2. UNIDADE DE CUIDADOS À COMUNIDADE	15
1.3. EQUIPA COMUNITÁRIA DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	18
<b>PARTE II</b>	<b>21</b>
<b>1. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS EM ENSINO CLÍNICO</b>	<b>22</b>
1.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	22
1.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal	23
1.1.2. Melhoria contínua da qualidade	29
1.1.3. Gestão dos cuidados	34
1.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	36
1.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	39
1.2.1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional	40
1.2.2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental	45
1.2.3. Ajuda à 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	51

<b>1.2.4. 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</b>	<b>57</b>
<b>PARTE III</b>	<b>63</b>
<b>1. IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA</b>	<b>63</b>
<b>2. PERCEBER O PROBLEMA</b>	<b>66</b>
2.1. A DEMÊNCIA	66
2.2. A DEMÊNCIA NA EUROPA E EM PORTUGAL	68
2.3. OS CUIDADOS À PESSOA COM DEMÊNCIA	69
2.4. A SOBRECARGA DOS CUIDADORES FORMAIS DA PESSOA COM DEMÊNCIA	71
<b>3. OBJETIVOS INICIAIS</b>	<b>74</b>
<b>4. PERCEBER AS CAUSAS DA SOBRECARGA</b>	<b>75</b>
4.1. ENQUADRAMENTO DAS CAUSAS DA SOBRECARGA	75
4.2. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE HEALTHER PALMER	79
<b>5. PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS/ATIVIDADES</b>	<b>82</b>
<b>6. VERIFICAR OS RESULTADOS</b>	<b>86</b>
<b>7. DISCUSSÃO DE RESULTADOS</b>	<b>98</b>
<b>8. PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, PADRONIZAR E TREINAR A EQUIPA; RECONHECER E PARTILHAR O SUCESSO</b>	<b>100</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>102</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>105</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Grau de escolaridade dos participantes .....	87
Tabela 2 - Profissão exercida pelos participantes .....	87
Tabela 3 - Resposta dos participantes à questão 1 .....	88
Tabela 4 - Resposta dos participantes à questão 2 .....	88
Tabela 5 - Resposta dos participantes à questão 3 .....	88
Tabela 6 - Satisfação por Compaixão Inicial .....	89
Tabela 7 - Burnout inicial.....	90
Tabela 8 - Trauma Secundário ao Stress inicial .....	90
Tabela 9 - Frequência dos participantes nas sessões.....	91
Tabela 10 - Frequência nas sessões da amostra final .....	92
Tabela 11 - Estatísticas da escala ProQOL inicial e final .....	93
Tabela 12 - Teste de Wilcoxon para as questões colocadas.....	94
Tabela 13 - Estatísticas do Teste Wilcoxon .....	94
Tabela 14 - Correlação de Spearman .....	95
Tabela 15 - Análise SWOT .....	100

## INTRODUÇÃO

A Saúde Mental tem vindo a ser um tema cada vez mais abordado, não só pelo que a pandemia Covid-19 implicou que, segundo o Instituto Nacional de Estatística (2021), 24,3% da população, com idades superiores a 16 anos, referiram ter sentido pelo menos um efeito negativo da Covid-19 na sua Saúde Mental. mas também pelo crescente número de pessoas que vivem diariamente com doença mental, muitas vezes em campo desconhecido.

A problemática é constante, e o conhecimento e a discriminação social contribuem significativamente para a dificuldade em assumir a saúde mental como um bem essencial no nosso quotidiano. Segundo Gomes et al. (2019), a evolução do sistema de saúde mental em Portugal é escassa comparativamente à Europa, com pouco investimento, pouco reconhecimento das famílias que cuidam da pessoa com doença mental e o estigma da pessoa com doença mental que se traduz no dia-a-dia e no âmbito laboral, pelo que se torna fundamental inserir a população com doença mental nas comunidades e, conseqüentemente, promover a destigmatização.

O particular gosto pelo mundo da Saúde Mental e pelos desafios colocados na sua promoção e prevenção da doença mental, permitiram-me testar os meus limites e desenvolver conhecimentos necessários no cuidado à pessoa e à sua saúde mental, dando-me maior motivação para entrar no Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP).

O presente relatório surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, inserido na Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional em ESMP com Relatório Final. Este tem como objetivo, descrever e refletir sobre as competências desenvolvidos em contexto prático ao longo dos últimos meses, assumindo como princípios orientadores, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (Regulamento nº356/2015 de 25 de junho), o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro) e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto).

Neste sentido, o relatório divide-se em três partes essenciais ao meu crescimento pessoal e profissional enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP).

A Parte I destina-se à descrição, caracterização e reflexão dos diferentes locais de Ensino Clínico (EC), englobando os cuidados à pessoa em internamento, os cuidados na comunidade e os cuidados diferenciados em ESMP. Na Parte II prevê-se a identificação das competências adquiridas ao longo dos diferentes EC, incluindo as competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e as competências específicas do EEESMP, através da descrição dos objetivos atingidos, bem como das atividades desenvolvidas que possibilitaram a obtenção dos resultados esperados. Na Parte III, apresenta-se a descrição do Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PMCQCE) em contexto laboral, através da identificação do problema e das causas, dos objetivos esperados, do planeamento e implementação das intervenções especializadas e a análise dos resultados obtidos.

No final apresentam-se algumas considerações finais do meu processo evolutivo enquanto EEESMP, com ênfase nos aspetos mais relevantes dos EC e das competências adquiridas, dando resposta aos objetivos previamente estabelecidos para o desenvolvimento do Relatório Final. Sendo uma aprendizagem em constante desenvolvimento, apresenta ainda sugestões de melhoria para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, bem como para os recursos existentes ao longo deste percurso.

Ao longo do meu percurso em EC, adotei como base o Modelo Teórico de Peplau que me permitiu desenvolver competências profissionais e pessoais no âmbito da Saúde Mental, permitindo-me direcionar o meu cuidado relativamente aos seguintes papéis de enfermagem: estranha, pessoa de recurso, professora, líder, substituta e conselheira. Hildegard Peplau e o seu Modelo das Relações Interpessoais permitem uma conceção do utente como parceiro do cuidar em Enfermagem, sendo que o processo terapêutico é facilitado quando conseguimos colocar as necessidades do outro e a sua vontade, acima das nossas necessidades enquanto enfermeiros prestadores de cuidados. A motivação do utente e a sua personalidade são fundamentais no processo de saúde-doença, e a relação estabelecida entre o enfermeiro e o utente permite a proximidade do cuidado e a consciencialização dos sentimentos do utente e do próprio enfermeiro (Tomey, & Alligood, 2004).

Adotar como base o Modelo Teórico de Peplau permitiu-me reorientar os meus cuidados ao outro e, em simultâneo, reconhecer e reajustar as minhas capacidades e promover o meu autoconhecimento em contexto prático, sabendo que ainda existe um longo percurso na área de Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental.

A realização deste documento de trabalho permitiu-me parar e refletir sobre o meu desenvolvimento ao longo dos últimos meses de trabalho, assumir dificuldades e perspetivar melhorias naquela que é a minha capacidade de cuidar do outro enquanto EEESMP. Assim, o meu processo de reflexão tem por base o processo reflexivo de Gibbs permitindo-me descrever situações, identificar sentimentos, analisar e avaliar as situações, retirar conclusões e delinear novas oportunidades de melhoria. Por outro lado, a organização deste relatório segue uma forma temporal, no que diz respeito ao percurso desenvolvido em cada EC em contexto de Internamento, Comunidade e Cuidados Diferenciados.

A realização deste trabalho cumpre as orientações do Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos da ESSLei, bem como da *American Psychological Association* (APA) 7ª Edição para a referênciação.

## PARTE I

A primeira parte deste trabalho diz respeito à elaboração e caracterização individual dos diferentes contextos de EC ao longo deste percurso, mas também refletir sobre a mesma e analisar oportunidades de melhoria dos serviços.

O enfermeiro submetido apenas a conhecimentos teóricos não detém eficiência na prestação de cuidados ao outro, pelo que a prática clínica durante os EC permite um processo de formação exímio no que toca à aproximação da realidade bem como à aplicação dos conteúdos teóricos na prática (Ferreira & Rocha, 2020).

### 1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO

A escolha dos Ensinos Clínicos tem um papel fundamental naquele que é o processo evolutivo do EEESMP, dado que são estes locais que me permitem desenvolver competências em áreas específicas da ESMP enquanto especialista, bem como permitir o meu processo reflexivo, com base na realidade existente em Portugal no âmbito da Saúde Mental e Psiquiátrica.

A Saúde Mental em Portugal é uma problemática com necessidades crescentes de intervenção. A prevalência das doenças mentais associa-se à incapacidade e mortalidade prematura, constituindo um impacto significativo na vida das pessoas, grupos e comunidades, bem como na economia (Gomes et al., 2019). Assumindo o crescente número de internamentos da população com doença mental, é fundamental conhecer a realidade de um serviço de internamento de um Hospital, reconhecendo as dificuldades existentes e as oportunidades de melhoria que poderão diminuir os internamentos e, conseqüentemente, melhorar a vida destes utentes, bem como das suas famílias.

Se por um lado, os internamentos em Saúde Mental e Psiquiatria auxiliam e promovem a melhoria dos utentes em fase aguda da doença, as unidades de Cuidados na Comunidade permitem a continuidade de cuidados à pessoa com doença mental, bem como a diminuição de hospitalizações. De acordo com a Base 13, da Lei n.º 95/2019 do Diário da República, que aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto, (p. 60), “os cuidados de saúde mental devem ser centrados nas pessoas, reconhecendo a sua individualidade, necessidades específicas e nível de autonomia, e ser prestados através de uma abordagem interdisciplinar e integrada e prioritariamente a nível da comunidade”.

A prestação de cuidados de saúde mental na comunidade permite a aproximação da pessoa à comunidade e facilita a sua reabilitação e inserção social, pelo que se torna uma necessidade investir nesta área, apesar dos atrasos verificados no desenvolvimento do Plano Nacional de Saúde Mental de 2007-2013, que se estendeu até 2020. Com o objetivo de colmatar o atraso resultante no desenvolvimento da saúde mental, em 2021 surge o Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro, publicado em Diário da República, que visa estabelecer princípios gerais e regras de organização e funcionamento dos serviços de saúde mental.

Ainda neste âmbito da aproximação dos cuidados de Saúde Mental e Psiquiatria à comunidade, surgem as Equipas Comunitárias de Saúde Mental, que desenvolvem funções fora do meio hospitalar e em articulação com os cuidados de saúde primários, assegurando funções necessárias para um “atendimento especializado e diferenciado, incluindo avaliação de necessidades, diagnóstico, consulta, intervenções terapêuticas, visitas domiciliárias e intervenções de reabilitação, tendo como objetivo a recuperação global da pessoa com doença mental” (Decreto-Lei n.º 113/2021, 2021, p. 113).

Assumindo a vertente comunitária e a crescente preocupação com a população infanto-juvenil, não só no âmbito da prevenção da doença mental, mas também na promoção da saúde mental, verifica-se a importância das equipas comunitárias nesta população de forma a contribuir para um crescimento e desenvolvimento positivo, para que se tornem adultos saudáveis.

Indo de encontro a estas perspetivas, a minha visão passou pela escolha de três locais de EC que se podem relacionar entre eles se existir uma adequada comunicação entre os profissionais de saúde, permitindo uma continuidade de cuidados e englobando não só a população adulta como também infanto-juvenil. Assim, foi do meu interesse inserir-me num contexto de internamento em Saúde Mental e Psiquiátrica de adultos, numa Unidade de Cuidados na Comunidade em que vivemos diariamente e ainda numa Equipa Comunitária de Saúde Mental na Infância e Adolescência (ECSM-IA).

### 1.1. INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA

O EC em ESMP compreendeu uma carga horária de 350 horas, distribuídas em 11 semanas, tendo início a 9 de maio de 2022 e finalizando a 22 de julho de 2022, decorrendo num Serviço de Internamento de Psiquiatria e Saúde Mental, inserido numa Unidade Hospitalar.

A reestruturação hospitalar mais recente, surge com vista à integração e complementaridade, sendo que a sua missão passa por prestar cuidados de saúde diferenciados, estabelecendo uma

articulação com os cuidados de saúde primários ou outras instituições de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS), priorizando a prevenção e promoção da saúde da população (SNS, 2022).

O Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental engloba uma Unidade de Internamento de Doentes Agudos, uma unidade de ambulatório de Consultas Externas, uma Unidade de Apoio Domiciliário de Enfermagem e Serviço Social, uma clínica de tratamento de injetáveis de ação prolongada, um Serviço de Urgência Psiquiátrica e ainda uma Unidade de Internamento de Doentes em Evolução Prolongada de Psiquiatria. De acordo com a última Proposta de Rede de Referenciação Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental, elaborada pelo Ministro da Saúde em 2015 e, tendo por base, a Conferência de Helsínquia de 2005 e da Carta Verde para a Saúde Mental em 2006, os serviços de saúde mental devem ser responsáveis por uma dimensão populacional estimada de 200 000 a 300 000 habitantes (Carvalho et al, 2015), o que se verifica um excesso de população no que diz respeito aos cuidados prestados por esta Unidade Hospitalar, o que coloca a segurança dos cuidados prestados à população em causa, bem como o bem estar profissional dos profissionais de saúde. Neste sentido, as respostas atuais face à problemática, nomeadamente a nova Lei da Saúde Mental, permitem um redireccionamento dos cuidados para a comunidade, com conseqüente alívio das unidades hospitalares (Lei n.º 35/2023, 2023).

O serviço de internamento encontra-se com capacidade para cerca de 30 pessoas, sendo que, durante o meu percurso neste internamento, face às respostas necessárias durante a pandemia COVID-19, o internamento encontrava-se em tipologia mista, tendo sido realizada uma reorganização nesta altura. Numa perspetiva de tratamento e recuperação da pessoa com doença mental em fase aguda, facilitando o processo de estabilização clínica, o Serviço de Internamento acolhe maioritariamente pessoas com Perturbações Afetivas, Episódios Psicóticos, Esquizofrenias, Depressões ou Dependências, entre outros (SNS, 2022).

O internamento em Psiquiatria e Saúde Mental permite o tratamento da pessoa com doença mental em fase aguda da doença, que não consegue resposta suficiente em tratamento em ambulatório. Esta resposta insuficiente pode ter origem na natureza/intensidade da sintomatologia, de necessitarem de apoio permanente ou de não existir rede de apoio social adequada. De acordo com o Decreto-Lei n.º 113/2021, apesar das necessidades existentes e das propostas de melhoria do Plano Nacional de Saúde Mental, os serviços hospitalares devem continuar a assegurar os cuidados à sua área geográfica, bem como assegurar a prestação de

cuidados de saúde mental a utentes institucionalizados através da humanização nos cuidados e melhoria do seu bem-estar.

É comum ao enfermeiro de cuidados gerais e ao EESMP a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade, ainda que ao EEESMP estes cuidados sejam especializados em saúde mental (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2015). Neste sentido, o método de trabalho de enfermagem adotado no internamento é o método do enfermeiro individual, em que cada enfermeiro assume a responsabilidade de um limitado número de utentes no seu turno, prestando cuidados individualizados de forma autónoma, permitindo-se conceber, implementar e avaliar os cuidados prestados (Ventura-Silva et al., 2021). No entanto, é de esperar que exista pelo menos dois EEESMP por cada três enfermeiros, assumindo um em permanência vinte e quatro horas por dia, para que exista uma prestação de cuidados individualizados e especializados (OE, 2019), o que não se verificou em grande parte dos dias. Conclui-se que apesar do método de trabalho individual acarrete benefícios no dia-a-dia das pessoas internadas, verifica-se escassez de EEESMP no que toca ao planeamento e implementação de intervenções especializadas, quando este tem de assumir as funções de generalista na adoção do método de trabalho individual, beneficiando do método de enfermeiro de referência para se permitir a continuidade de cuidados.

Apesar do internamento se dedicar ao tratamento de utentes em fase aguda da doença psiquiátrica, que necessitam de estudo de diagnóstico e introdução de psicofármacos em ambiente hospitalar, urge a necessidade de preparar a alta e a sua reinserção na sociedade atual. Neste sentido, o objetivo geral do internamento passa pela satisfação das necessidades dos utentes com doença mental, promover a sua recuperação, prevenir complicações e readaptá-los à sua funcionalidade, assumindo a importância do papel do cuidador/familiar (SNS, 2022). Tal como mencionado acima, a centralidade dos cuidados de saúde, com foco na individualidade, autonomia e necessidades devem englobar uma abordagem multidisciplinar, com grande prioridade no que diz respeito aos cuidados na comunidade (Decreto-Lei n. ° 95/2019).

A minha passagem pelo Internamento de Psiquiatria fez-me lembrar conceitos aprendidos outrora em contexto de licenciatura, mas também reforçar e retirar contributos para o âmbito profissional em que lido diariamente, nomeadamente com pessoas com perturbações neuro cognitivas, associadas a perturbações mentais. A experiência foi deveras enriquecedora no âmbito da elaboração de diagnósticos de Enfermagem, do planeamento dos cuidados e da sua avaliação em pessoas com doença mental como as Depressões, as Esquizofrenias e as Psicoses.

Mas mais do que doenças é ver a pessoa como um todo e perceber as suas reais necessidades em contexto de internamento, pelo que a doença não foi nem será um dos meus focos, mas sim os sintomas que podemos ajudar a minimizar e os cuidados que podemos oferecer para promover o bem-estar mental da pessoa.

Neste contexto passei por um processo muitas vezes difícil, em que senti que não me conseguia autoafirmar naquele que era o meu papel enquanto estudante e enquanto Enfermeira, sentindo que tinha regressado novamente ao papel de estudante de licenciatura e que muitos dos meus conhecimentos desapareciam com a pressão sentida. Senti também uma enorme lacuna no que diz respeito aos cuidados por parte da equipa à pessoa com perturbações neurocognitivas em serviços de internamento, muitas vezes limitados pela falta de conhecimento e/ou experiência e que em nada promovem a saúde mental dessa população vulnerável. Neste âmbito deveria ter promovido formações em serviço com foco na melhoria contínua dos cuidados prestados à pessoa com demência, no entanto, face à escassez de tempo, não me foi possível implementar. Segundo a revisão da literatura de Fontainhas (2020), o internamento de pessoas com demência é superior a pessoas sem demência, bem como existe um aumento de complicações no decorrer do internamento na população mencionada, já para não falar da mortalidade aumentada face às pessoas sem demência. Existe assim um impacto global negativo na hospitalização da pessoa com demência, sendo que uma das sugestões preconizadas pelos autores, passa por implementar programas de treino para profissionais de saúde com vista à deteção de utentes com demência bem como a criação de planos específicos, prevenindo o *delirium* através de estratégias não farmacológicas. Os cuidados hospitalares face a esta população melhoram com o aumento do conhecimento e das competências comunicacionais no cuidado centrado à pessoa com demência, permitindo uma personalização dos cuidados (Fontainhas, 2020).

Pensei que podia colmatar isso através do distanciamento, do foco nos trabalhos individuais e do meu autoconhecimento, que é tão importante neste processo inicial. Assim, ajustei os meus cuidados para com os utentes à minha responsabilidade, focando-me na recuperação da saúde mental e alívio de sintomas inerentes.

Por outro lado, o contacto e o planeamento de cuidados, em conjunto com a família e/ou cuidadores, verificou-se escasso naquelas que eram as necessidades das pessoas. O cuidado à pessoa com doença mental em conjunto com a família permite uma proximidade do cuidado à pessoa e ao meio envolvente, pelo que seria importante intervir junto destes na identificação de situações difíceis de gerir no meio familiar e na ajuda na procura de soluções e estratégias que

permitam integrar a pessoa com doença mental na família e seguramente na sociedade. No âmbito da promoção da saúde mental, a família é um fator protetor marcante, podendo ser um meio facilitador da autonomia, adaptação e integração da pessoa com doença mental na comunidade em que vivem, no entanto muitas destas famílias experienciam dificuldades a este nível, o que merece uma forte atenção da nossa parte enquanto EEESMP (Gomes et al, 2015). O estudo desenvolvido por Rotoli e Silva (2019), mostra ainda as dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde no atendimento à família pela falta de tempo, devendo competir aos serviços a organização do trabalho que possibilite melhorar a autoestima e promover relações familiares e sociais, de uma forma inclusiva e reabilitadora. Durante a minha prática clínica, sempre que possível, tentei abordar e incluir as famílias no momento das visitas, no entanto nem sempre é possível dado que a maioria das famílias realizava as suas visitas em momentos como a passagem de turno ou nos turnos da tarde.

Destaco ainda a contribuição do EC no meu desenvolvimento da comunicação verbal e não verbal, através da minha postura de interesse, gestos de tranquilidade que permitam a acessibilidade à pessoa cuidada, um olhar simpático e que convide à relação enfermeiro-utente e o uso do silêncio como técnica promotora de compreensão e respeito pelo tempo do outro. O desenvolvimento de técnicas de comunicação, como a escuta ativa durante as intervenções planeadas com a pessoa, evitando ouvir, mas sim escutar, receber a informação transmitida e observar o outro durante a entrevista. A partilha de perceções ao longo dos vários momentos de entrevista permitiram-me clarificar a minha perceção corporal face ao outro, no que diz respeito ao cansaço ou desconforto perante alguns temas abordados, permitindo a compreensão da pessoa e um sentimento de valorização da sua parte (Sequeira, 2016). Por outro lado, a utilização do meu Eu na parceria de cuidados, do planeamento e execução de técnicas psicoeducativas e psicoterapêuticas em grupo ou individualmente, assumindo uma postura profissional no que toca à relação terapêutica.

## 1.2. UNIDADE DE CUIDADOS À COMUNIDADE

O EC em ESMP em Contexto de Comunidade compreende uma carga horária de 350 horas, distribuídas em 11 semanas, tendo início a 6 de setembro de 2022 e término a 19 de novembro de 2022, que decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), da região Lisboa e Vale do Tejo. Esta tem como missão

contribuir para a melhoria do estado de saúde da população (...) através da prestação de cuidados de saúde de proximidade, em casa e na comunidade (local de trabalho, escolas, instituições, entre outros), a indivíduos, famílias e grupos, de acordo com critérios de vulnerabilidade, risco e dependência (SNS, 2022).

Com início de funções em 2012, atualmente conta com uma equipa de cinco Enfermeiros Especialistas nas áreas de Saúde Materna e Obstetrícia, Saúde Infantil, Saúde Mental e Psiquiátrica, Reabilitação e Saúde Comunitária (SNS, 2022).

No que diz respeito ao EEESMP, este dá resposta a acompanhamentos individuais através de encaminhamento e articulação com outras áreas, desenvolve intervenções no âmbito do programa de Saúde Escolar e intervém na área domiciliária. Colabora nas tomadas de decisão conjuntas com o Núcleo de Apoio à Criança e Jovens em Risco, com a Equipa de Prevenção da Violência em Adultos e com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, através da Equipa Coordenadora Local.

Nesta dinâmica, é utilizado o método de organização de trabalho do enfermeiro de referência, em que a responsabilidade de planear, executar e avaliar os cuidados prestados é do EEESMP, desde a sua admissão até ao momento da sua alta, garantindo uma continuidade de cuidados. Este método permite um maior envolvimento quer com a pessoa, quer com a sua família ao longo do seu ciclo de vida, levando a maior segurança e qualidade dos cuidados, bem como da satisfação dos indivíduos, famílias e/ou comunidades. O facto de apenas existir um enfermeiro de referência nesta UCC, pode levar a consequências negativas no profissional de saúde, quer seja pelo excesso de trabalho quer pela complexidade das situações vivenciadas sem conseguir delegar tarefas ou encaminhar para outro profissional de saúde da área (Ventura-Silva et al., 2021).

Neste contexto tive oportunidade de colaborar nas diferentes áreas de atuação do EEESMP da unidade, conseguindo desenvolver competências mais diversificadas. Este local teve um grande impacto em mim a nível pessoal por ter sido um dos meus locais de EC na licenciatura, o que me permitiu melhorar competências previamente adquiridas e desenvolver novas competências como estudante e futura EEESMP. Compreendi algumas das limitações na comunidade que beneficiam de uma intervenção especializada, nomeadamente na integração da pessoa com doença mental e na promoção da saúde mental na comunidade. De acordo com a Base 13 da

Lei de Bases da Saúde, “os cuidados de saúde mental devem ser centrados nas pessoas, reconhecendo a sua individualidade, necessidades específicas e nível de autonomia, e ser prestados através de uma abordagem interdisciplinar e integrada e prioritariamente a nível da comunidade” (Lei n.º 95/2019, 4 de setembro de 2019, p. 60). Por outro lado, o Plano Nacional para a Saúde Mental em vigor tem como um dos seus valores a preferência pelos cuidados na comunidade que permite a integração da saúde mental na saúde em geral, sendo uma das suas missões reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental (Entidade Reguladora da Saúde, 2023).

Apesar de me ter sido proporcionado a oportunidade de desenvolver trabalhos nestas áreas, o tempo foi escasso para a implementação de intervenções mais abrangentes. No entanto, sinto que um dos maiores benefícios do trabalho na comunidade é poder ser criativo e desenvolver intervenções diferenciadas que possibilitem a promoção da saúde mental nas pessoas com ou sem doença mental. Urge a necessidade de apostar nos meios da comunidade e em pessoas especializadas que possam promover estas intervenções na procura da promoção da saúde e na prevenção da doença e institucionalizações. É claro que um EEESMP é insuficiente para a população existente na comunidade, mesmo que consiga dar resposta às Consultas de Enfermagem em Saúde Mental, a comunidade fica para segundo plano, e isso, é retirar a primeira proteção em saúde mental da população ao seu encargo. Para além disso, de acordo com a ERS (2023), em que apresentam resultados estatísticos de 2018, 2019 e 2020, verifica-se a incidência de utentes com depressão/ansiedade com um aumento de 2,8% na região de Lisboa e Vale do Tejo, devendo-se maioritariamente ao impacto da pandemia Covid-19, no entanto com uma redução significativa de consultas, dado que, muitos dos profissionais de saúde da comunidade foram deslocados para os centros de vacinação ou outras necessidades específicas.

No âmbito da Saúde Mental, assumindo que o EEESMP “promove a saúde mental, previne a doença mental, intervém no tratamento e recuperação no respeito pelos princípios de proximidade, capacitação, participação e direitos humanos, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível” considera-se que exista por cada UCC, pelo menos um EEESMP na prestação de cuidados à comunidade em que se insere (OE, 2019, p.135). A aposta em mais profissionais de saúde permitiria uma melhoria contínua dos cuidados de ESMP, nomeadamente no acompanhamento da pessoa com doença mental, na criação de intervenções

de grupo, no apoio aos cuidadores e familiares das pessoas com doença mental, na promoção da saúde mental nas escolas, nos lares ou noutras instituições de saúde.

A comunidade é a base dos cuidados de saúde físicos e mentais, pelo que é fundamental unir esforços para o desenvolvimento da saúde neste contexto, bem como é necessário reforçar a articulação entre os cuidados de saúde na comunidade/primários e os cuidados hospitalares no âmbito da saúde mental, reforçando assim os métodos de prevenção e minimização do agravamento da doença mental (ERS, 2023).

### 1.3. EQUIPA COMUNITÁRIA DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

A prática clínica em cuidados diferenciados, referente ao último EC, assume uma distribuição de 163 horas em 7 semanas, tendo início a 21 de novembro de 2022 e término a 20 de janeiro de 2023, numa ECSM-IA da região centro.

A ECSM-IA insere-se no âmbito hospitalar, que assegura cuidados de saúde a cerca de 180 000 habitantes de alguns concelhos do distrito, assumindo alguma dispersão rural e população muito envelhecida. Com o desenvolvimento tecnológico, acaba por dar apoio a outros concelhos do distrito em áreas de especialidade. A sua missão passa pela prestação de cuidados de saúde com competência, rigor e qualidade, através da aposta na formação e investigação dos seus colaboradores, sem esquecer o respeito pela ética e humanização (SNS, 2022).

Podemos dividir a Pedopsiquiatria existente no hospital em 3 áreas: Pedopsiquiatria, Hospital de Dia e ECSM-IA. A Pedopsiquiatria conta com uma equipa composta por Pedopsiquiatras, EEESMP, Enfermeiros, Terapeutas Ocupacionais, Psicólogas e Assistentes Sociais, com o objetivo de realizar acompanhamento individual e familiar à criança ou jovem através de consultas de enfermagem, consultas médicas e intervenções especializadas. O Hospital de Dia engloba intervenções por parte dos EEESMP e Terapeutas Ocupacionais, dando foco ao acompanhamento de crianças/jovens e respetiva família com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), através de sessões quinzenais, no âmbito do programa *Rehacom*, que tem como objetivo primordial a reabilitação cognitiva, promovendo o foco da atenção.

A ECSM-IA dá resposta às necessidades inerentes em vários concelhos de atuação do distrito, assumindo articulação com as respetivas entidades locais com o intuito de aproximar os serviços de saúde mental. Esta equipa tem vindo a realizar intervenções no âmbito do Desenvolvimento Infantil, da Violência e do seu Impacto na Infância e Adolescência,

Comportamentos de Risco e Capacitação das crianças e jovens para a Literacia em Saúde Mental. Desenvolve ainda terapias e intervenções comunitárias de teor individual ou de grupo e realiza visitas domiciliárias, atuando de acordo com as necessidades sentidas pela população-alvo (absentismo escolar, alterações do comportamento, comportamentos autolesivos, ansiedade, depressão, etc). (SNS, 2022).

As equipas comunitárias de saúde mental têm o papel de assegurar, de forma contínua, um atendimento especializado e diferenciado com vista à recuperação global da pessoa com doença mental, assumindo atividades como: consulta externa, psicoterapias individuais, terapias e intervenções de grupo, visitas domiciliárias, articulações com estruturas comunitárias no âmbito da promoção da saúde e com cuidados de saúde primários ou integrados, intervenções sociais ou comunitárias ou estruturadas. Assim, funcionam num modelo de gestão de casos no acompanhamento de pessoas com doenças mentais graves ou num modelo de cuidados colaborativos em caso de pessoas com doenças mentais comuns (Decreto-Lei n.º 113/2021, 2021). Ainda que a ECSM-IA em que me inseri não desenvolva atualmente todas as funções inerentes a uma equipa comunitária descritas acima, verifica-se uma evolução positiva no sentido de acolher mais área geográfica que a atual e desenvolver cada vez mais funções, através do reforço de recursos humanos das equipas, bem como de meios físicos.

No contexto de respostas diferenciadas existiu um sentimento de pertença, onde o acolhimento e a integração foram a chave para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, motivando-me no dia-a-dia para fazer mais e melhor pela criança e/ou adolescente, bem como as suas famílias. Em contrapartida, há uma preocupação por aquele que vai ser o futuro destas crianças e adolescentes que se veem isentos de saúde mental antecipadamente, sem defesas ou ferramentas que os mantenham em constante procura de uma vida melhor e mais saudável, bem como os escassos recursos em cuidados de saúde para esta população. A crescente prevalência de doenças mentais na infância e adolescência permite refletir sobre a nossa sociedade e a nossa geração enquanto pais e futuros pais, naquilo que queremos transmitir e ser enquanto pais e sociedade.

O Plano Nacional de Saúde Mental acomete-nos para a prevenção e promoção da saúde mental, assumindo que as alterações sentidas na infância e adolescência são críticas no desenvolvimento da pessoa e do seu ciclo de vida. “Segundo a Organização Mundial de Saúde, cerca de 20% das crianças manifesta pelo menos um episódio de perturbação mental ao longo do seu desenvolvimento” e tem-se vindo a demonstrar que adultos com perturbações mentais possam

ter tido manifestações durante a infância e/ou adolescência (Almeida, 2021, p. 13). Assim, a intervenção precoce permite desenvolver competências enquanto futuro adulto face às vivências do dia-a-dia, bem como prevenir a doença mental.

Esta ambivalência de sentimentos permitiu-me aprofundar o meu autoconhecimento e a minha autoperceção enquanto enfermeira e pessoa, permitindo-me avaliar preocupações inerentes à sociedade que promovem o aparecimento de perturbações mentais, nomeadamente a diminuição do brincar em contexto de escola e /ou casa, o uso constante das tecnologias e a falta de tempo da família para que as crianças cresçam acompanhadas e de uma forma positiva.

## PARTE II

A segunda parte do relatório diz respeito às competências adquiridas em EC, sejam elas competências comuns do EE, comuns a todos os enfermeiros com título de especialista, quer as competências específicas do EEESMP, tendo por base os objetivos estabelecidos para o desenvolvimento de competências, bem como as atividades desenvolvidas no mesmo âmbito.

Ao longo dos EC, a metodologia de aprendizagem relacionou-se diretamente com os objetivos de aprendizagem, inserindo a realização de projetos de aprendizagem, estudos de caso clínicos e relatórios crítico-reflexivos em cada EC. O projeto de aprendizagem serve como um guia orientador no desenrolar de cada EC, refletindo os objetivos delineados pessoalmente bem como as estratégias para os atingir, dando ênfase a formações em serviço, educação para a saúde, processos de raciocínio clínico, identificação de diagnósticos e intervenções ajustadas ao contexto, através de uma gestão de cuidados de enfermagem. O estudo de caso insere-se na capacidade de realizar um processo de enfermagem especializado através da intervenção perante a pessoa com doença mental. Por fim, o relatório crítico-reflexivo permite analisar e refletir sobre as ações desenvolvidas durante os vários EC, bem como identificar novas oportunidades de aprendizagem, dificuldades ou melhorias (Laranjeira & Querido, 2022).

Através da construção deste relatório, pretende-se descrever e refletir sobre as competências desenvolvidas na prática, bem como refletir e defender o meu papel enquanto EEESMP com evidência científica, com base neste percurso envolto em dúvidas, mas também determinação em ser mais e melhor.

Não obstante, o delinear deste percurso tenta transmitir emoções e sentimentos vivenciados ao longo de todo o percurso de prática e reflexão, bem como analisar oportunidades de melhoria, dificuldades sentidas e facilidades ao longo destas semanas. Assim, o processo reflexivo utilizado passa pela metodologia do ciclo de *Gibbs*, referido como um modelo necessário em ensinamentos clínicos de Enfermagem para dar início à reflexão.

## **1. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS EM ENSINO CLÍNICO**

O processo de aprendizagem decorre do desenvolvimento de competências enquanto enfermeira, nomeadamente competências pessoais e profissionais. Ao assumir-me como EEESMP pretendo assumir como minhas as competências desenvolvidas em contexto prático ao longo deste tempo, sejam elas competências comuns do EE, como competências específicas do EEESMP.

O brio que demonstramos no nosso processo de desenvolvimento permite realizar a simbiose entre o que eu sou enquanto pessoa e o que eu sou e quero ser enquanto profissional. É através desse brio que demonstro as minhas capacidades de resiliência numa etapa da vida com diversos obstáculos pelo caminho.

De acordo com a literatura, o percurso formativo dos estudantes tem como base fundamental a formação em contexto clínico, tendo em conta que esta permite adquirir aprendizagens únicas que possibilitam a aquisição de conhecimentos e promovem o envolvimento na profissão e na identidade profissional. O papel do EEESMP assenta na relação terapêutica e interpessoal, possibilitando o desenvolvimento pessoal, ético e moral (Martinho et al, 2014).

### **1.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, o aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais permite o desenvolvimento de competências comuns e específicas de cada área de especialidade, através de um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que permitem atuar nos diversos contextos de vida das pessoas e em diferentes níveis de prevenção (OE, 2019).

As competências comuns do EE entendem-se pelas competências adquiridas que são partilhadas por todos os EE, incluindo a sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, dando ainda ênfase ao exercício profissional direcionado à formação, investigação e assessoria, de uma forma especializada (OE, 2019).

Neste sentido, a pessoa, a família, o grupo e/ou comunidade podem esperar cuidados de enfermagem especializados em domínios comuns como a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o que se pretende analisar e refletir de seguida.

### **1.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal**

No que diz respeito à responsabilidade profissional, ética e legal, considera-se que o enfermeiro especialista desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, através de normas legais, princípios éticos e profissionais e garante que as práticas de cuidados respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019).

O desenvolvimento da prática profissional deve ser visto como o exercício seguro, profissional e ético através da tomada de decisão ética e deontológica, com base em conhecimentos ético-deontológicos, avaliação sistemática de melhores práticas e preferências dos utentes. Neste sentido, o contexto prático permitiu-me desenvolver competências com base num compromisso como EE através de princípios orientadores da profissão, nomeadamente o Código Deontológico de Enfermagem (2015), garantindo a qualidade dos cuidados prestados à pessoa. Estes princípios assumem particular importância pela orientação que me dão na profissão através da responsabilidade inerente ao papel assumido na sociedade, o respeito pelos direitos humanos na relação com a pessoa e a excelência no exercício profissional e na relação entre pares (OE, 2015).

O percurso ao longo dos vários EC, permitiu-me reconhecer e experienciar uma prática ética e profissional no que diz respeito à tomada de decisão segundo princípios valores e normas deontológicas, liderar processos de tomada de decisão ética da minha área e avaliar os processos e resultados das tomadas de decisão. Considerando-me parceira da pessoa cuidada na prestação de cuidados, é o meu foco basear a minha relação profissional em valores de igualdade, liberdade responsável, verdade, justiça, altruísmo, solidariedade e a competência e aperfeiçoamento profissional (OE, 2015).

O processo de tomada de decisão deve acompanhar conhecimentos teórico-científicos devidamente atualizados que, se não existirem, conduzem-me a momentos de dúvidas, inquietação e impotência. A autonomia oferecida pelos enfermeiros orientadores em cada EC permitiu-me refletir sobre estratégias de resolução de problemas, bem como suportar as minhas decisões com base em conhecimentos e experiências, levando ao desenvolvimento pessoal e profissional das minhas competências.

No caso do internamento, deparei-me com uma situação em que eu intervim com um utente sobre a psicose enquanto diagnóstico médico, com vista à educação para a saúde em jeito de sintomas e sinais da doença, durante a qual o utente me questiona se tem psicose. Apesar de me

reger pelo valor ético da verdade, em que é esperado que eu diga a verdade dos factos, no entanto há que perceber a capacidade de assimilação do outro à informação (OE,2015). Neste sentido, não me competia a mim dizer ou não o diagnóstico médico da pessoa, na realidade o nosso objetivo seria compreender sinais e sintomas de uma doença que pode ou não ser a sua, aumentando a literacia em saúde e a possibilidade de se identificar com o tema abordado. Assumi a responsabilidade de dizer a verdade do que são as minhas competências, nomeadamente ao nível do diagnóstico de enfermagem do conhecimento da doença.

Por outro lado, um dos cuidados que tenho vindo a desenvolver evitar o conceito de “doente” e privilegiar o conceito de “pessoa”, pessoa como um todo, com direitos humanos num patamar de igualdade em qualquer situação passível de comprometer a pessoa. O ser humano é do mais extraordinário que existe pelas combinações que pode ter a níveis físicos, psicológicos e/ou mentais, mas nenhum deve ser visto de forma diferente pela incapacidade que possa ter em compreender ou viver perante as mais diversas situações do quotidiano. Com isto remeto para a forma como vi a população olhar com incompreensão e estigma para a pessoa com doença mental, a pessoa com demência, a pessoa vítima de maus tratos ou mesmo a pessoa com baixo nível escolar ou condições desfavorecidas. Consegui estar perante todas estas pessoas que, de alguma forma, necessitavam dos nossos cuidados enquanto EEESMP, todos eles com vivências e experiências de vida marcantes que desencadearam problemas na sua vida, mantendo uma atitude respeitosa. Cabe aos profissionais de saúde promover a proteção dos direitos humanos, assegurando o respeito e confidencialidade da pessoa cuidada, através dos cuidados terapêuticos e atenção ao sofrimento psicológico, que permitem o desenvolvimento de relações humanas e terapêuticas para uma melhoria do dia-a-dia destas pessoas (Flores, 2020).

Neste sentido é dever do enfermeiro “cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa” (OE,2015, p. 59), pelo que foi uma prioridade recolher informações sobre etnias diferentes, como a etnia judaica ou de religiões como o cristianismo ou ateísmo, para compreender o outro e poder intervir da melhor forma. A abertura e aumento de conhecimento permitiram-me ainda intervir face a pessoas heterossexuais, homossexuais ou transexuais sem discriminação ou falta de empatia.

Na área da SM na comunidade, é dever do enfermeiro conhecer as necessidades da comunidade em que se insere, orientar e procurar soluções para promoção da saúde ou problemas inerentes e colaborar com outros profissionais de saúde em programas específicos (OE,2015). É na comunidade que encontramos uma maior diversidade populacional e, é neste sentido, que

promovo a proteção dos direitos humanos a toda e qualquer pessoa, assumindo o respeito pelos direitos das pessoas, os seus valores, costumes, crenças e/ou práticas específicas, a privacidade e confidencialidade e ainda o respeito pelas escolhas dos cuidados em saúde, nos diferentes contextos de internamento, consulta de enfermagem, visitas domiciliárias ou intervenções em grupo.

Durante a minha passagem na comunidade, tornou-se essencial absorver o conceito de equipa multidisciplinar na tomada de decisão, com vista à pessoa como um todo e mediante as diversas áreas de atuação. Assim, existe um comprometimento em realizar um acompanhamento personalizado a cada pessoa que solicita a nossa intervenção, como no caso de uma mulher grávida vítima de violência doméstica, onde existe necessidade de unir esforços com a EE em Saúde Materna e Obstétrica, Médico de Família, Assistente Social e entidades de Segurança Pública, sempre em articulação com a Equipa de Prevenção da Violência em Adultos. No caso de crianças e/ou jovens em risco no meio familiar, é essencial estruturar o plano de atuação com vários profissionais de saúde como o EE em Saúde Infantil, a Assistente Social e as entidades de apoio como o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco. No caso de internamento de pessoas com doença mental, surge a articulação com a Equipa Comunitária de Saúde Mental da região, ou a articulação com estruturas sociais existentes na comunidade para a sua integração. No caso de um utente com demência, foi necessário articular com o Médico de Família, com a família para conseguirem consulta de especialidade de neurologia e proceder ao encaminhamento para a Rede Nacional de Cuidados Continuados, sem esquecer os esforços com o Serviço Social para encaminhamento para lares ou apoio domiciliário. A articulação entre os diversos profissionais e entidades permitem um acompanhamento próximo e adequado às necessidades da pessoa, tomando consciência dos nossos limites e da responsabilidade inerente à nossa intervenção individual e multidisciplinar.

Focando-me neste caso de um utente com demência, foi clara a recusa dos apoios oferecidos por parte das equipas que o acompanhavam e, assumindo o princípio do respeito pela autonomia, a pessoa tem liberdade para escolher e recusar tratamento, no entanto também é nosso dever salvaguardar os direitos da pessoa idosa com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida, através da promoção da independência física, psíquica e social e o seu autocuidado. Ponderando o risco e benefício de uma situação alarmante de risco para a pessoa e para a saúde pública, através de maus hábitos de higiene e alimentação com condições precárias, é aceitável recorrer ao princípio da vulnerabilidade, enquanto idoso vulnerável no seu dia-a-dia e sem

apoio, e principalmente ao princípio da não maleficência, em que o objetivo é não causar dano à pessoa, realizando um equilíbrio entre os benefícios e prejuízos que possam advir da tomada de decisão. Questionando-me quanto à utilização do princípio da beneficência, ocorre-me pensar que estou a fazer o bem pelo outro, providenciando-lhe melhores condições de vida e de saúde, seja individual ou coletiva, mas utilizando-o de forma quase oportunista, estaria a negligenciar a autonomia da pessoa e o bem-estar que é para ela viver na sua casa e na sua rotina diária (OE, 2015; Junior, 2022).

O funcionamento eficaz de uma equipa multidisciplinar depende da compreensão das funções individuais dos profissionais de saúde, com base nas suas competências específicas, e das suas responsabilidades, tendo por base clareza de objetivos, liderança, comprometimento e participação ativa (Neves, 2012). Neste sentido, as reuniões semanais/quinzenais permitem a partilha de conhecimentos e uma união de esforços entre as várias especialidades, promovendo uma relação multidisciplinar no que toca à pessoa e à comunidade. No que diz respeito à pessoa com doença mental, a intervenção do EEESMP conta ainda com o apoio de equipas comunitárias da área de residência, o que promove um acompanhamento próximo e a aproximação do contexto hospitalar e comunitário na integração da pessoa à comunidade, facilitando a adesão às consultas e intervenções de grupo neste contexto.

A tomada de decisão deve ser liderada através do papel de consultor, da recolha de contributos e da reflexão. Enquanto mestranda em ESMP, tornou-se importante o apoio e aconselhamento dos enfermeiros orientadores no que diz respeito à reflexão necessária em cada pessoa com necessidades de cuidados especializados, para uma tomada de decisão ética e apropriada. Com este papel, assume-se ainda a garantia de uma prática de cuidados baseada no respeito pelos direitos humanos e responsabilidades profissionais. O facto de sermos guiados por um EEESMP com experiência, permite uma reflexão baseada na teoria e na prática, possibilitando que, enquanto mestranda, possa percecionar diversos caminhos para o estabelecimento de uma relação terapêutica e para a minha intervenção enquanto futura EEESMP. Este acompanhamento e reflexão diária permitiu aprofundar o meu autoconhecimento e o desenvolvimento das minhas competências de EE comuns e específicas.

No âmbito dos Cuidados Diferenciados, nomeadamente nos cuidados prestados à pessoa na Infância e Adolescência, assume-se que os cuidados devem ter um foco na criança e/ou adolescente, mas também aos seus pais e/ou cuidadores. A responsabilidade ética para com esta população incide no respeito pela criança/adolescente e pelos seus direitos, na valorização do

seu problema e numa prática profissional centrada na criança/adolescente e na sua família. Torna-se dever do enfermeiro de salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso (OE, 2015), bem como envolver as famílias e crianças ou adolescentes no planeamento de cuidados, o que contribui para um aumento da motivação e disponibilidade face às intervenções propostas (Goldschmidt et al., 2018).

As consultas de Pedopsiquiatria assumem um papel fundamental no que diz respeito à valorização da criança e/ou adolescente e às suas preocupações. “As crianças e os adolescentes devem ser reconhecidos como cidadãos com os seus próprios interesses e direitos e ser tratados como agentes ativos da sociedade e não recetores passivos de cuidados” (Goldschmidt et al., 2018, p. 11). O facto de existir abertura para que a criança/adolescente pudesse decidir se queria falar sem a presença dos pais, demonstrava respeito e empatia que permitem a perceção dos sentimentos e emoções da criança, transmitidos de uma forma segura e com confiança no profissional de saúde. Senti que muitos adolescentes apresentavam dificuldade na partilha destes sentimentos e emoções com a presença dos pais, mas que os pais queriam demonstrar a preocupação com os filhos e a boa relação que tinham através de demonstrações de afeto, colocando a mão na perna, cruzando olhares ou dando a mão.

Por outro lado, o facto destes adolescentes rejeitarem muitas vezes o toque, coloca-me a dúvida se a relação familiar é ou não tão forte como eu assumia. Segundo Mendes et al. (2017), as atitudes dos adultos podem colocar obstáculos ao longo do acompanhamento da criança e/ou adolescente em consulta, tendo em conta o estigma e a discriminação, podendo mesmo levar à recusa de cuidados médicos. Com a minha experiência familiar e profissional, apercebo-me da dificuldade dos pais em assumir que os filhos apresentam uma perturbação psiquiátrica, no entanto não se importam que estes sejam medicados para colmatar das dificuldades sentidas. Este estudo mencionado (Mendes et al., 2017) conclui que o acompanhamento de um filho a uma consulta de Pedopsiquiatria não influencia o estigma percebido, mas altera positivamente a crença sobre o uso de psicofármacos na infância.

De acordo com o estudo piloto desenvolvido por Couto et al. (2015), cerca de 42% das crianças, atendidas em primeira consulta de pedopsiquiatria, apresentam índice de *stress* parental significativo. Considerando que, do *stress* parental advém reações psicológicas e sentimentos negativos em relação a si mesmos ou aos filhos, este pode ter consequências no desenvolvimento da criança, bem como no funcionamento parental. Por outro lado, este sentimento dos pais pode influenciar as consultas necessárias ao acompanhamento da

criança/adolescente. Neste sentido, urge a necessidade de tornar o *stress* parental como foco de enfermagem com vista à melhoria do desenvolvimento da criança, bem como identificar alterações do processamento sensorial e da relação entre a criança e os cuidadores de forma precoce, para uma intervenção individual desde o período perinatal à primeira infância (Goldschmidt et al., 2018).

No que diz respeito às consultas com os jovens/adolescentes, estes correspondem a uma faixa etária que se encontra num limbo, em que consideram pertinente partilhar as suas reais emoções e problemáticas, mas também a pressão de corresponder às expectativas dos pais e a responsabilidade de apresentar uma dinâmica familiar estruturada, quando muitas vezes, poderá ser o oposto que está a acontecer. Nesta faixa etária é significativa a prevalência da ansiedade, depressão, risco suicidário e outros comportamentos de risco, bem como as perturbações do comportamento. No entanto, também é a faixa etária com maior distanciamento dos cuidadores e isolamento social (Goldschmidt et al., 2018).

Por outro lado, verifica-se que alguns pais têm a sua perspetiva elevada relativamente aos filhos, o que me deixou desconfortável no sentido em que as crianças/adolescentes devem poder manter a sua voz sem ser julgados ou criticados, quer pelos pais quer pelos profissionais de saúde, demonstrando a importância da liberdade e da igualdade. Muitas vezes, os pais não permitiam que os filhos falassem ou corrigiam tudo o que era dito por estes, no entanto, a postura da pedopsiquiatra era fundamental no que toca à capacidade de definir limites durante a consulta, adotando um comportamento assertivo quer na postura, na expressão facial e na voz firme e confiante (Pereira et al., 2018). Assim, clarifica que a consulta é para a criança/adolescente, em que este poderá falar abertamente com a Pedopsiquiatra sozinho, mas nunca os pais poderão falar com a médica sem a presença da criança/adolescência, de forma a evitar a quebra do respeito, ética e sigilo para com a pessoa ao nosso cuidado.

No que diz respeito à tomada de decisão, verifica-se que são raros os cuidados prestados que não incluam no mínimo duas das áreas, nomeadamente nas visitas domiciliárias é fundamental a presença da assistente social, que garante uma visão social da família e das possibilidades ou necessidades inerentes, bem como do EEESMP para elaborar um plano de cuidados adequado à família. Como afirmam Dias e Carvalho (2017, p.67),

“o trabalho em equipa multiprofissional, assumido como um espaço de partilha de saberes e competências singulares, iguais em dignidade, interligadas, complementares e leais que

convergem para um objetivo – o melhor estado de saúde (mental) do doente e suas famílias.”

Nem sempre é fácil intervir na criança/adolescente e na sua família, sem conhecermos a sua realidade ou o contexto em que eles vivem, as suas possibilidades, os seus conhecimentos e as suas capacidades. O facto de termos presente a nossa realidade, limita-nos a perceção de outras realidades distintas e, por mais que eu queira ajudar uma criança/adolescente, preciso de saber se o consigo fazer com todas as limitações inerentes, como as dificuldades económicas que limitam o acesso à saúde e às terapias essenciais à criança, as limitações em casas estruturadas que limitam a adaptação e funcionalidade da criança, a falta de conhecimentos que leva a uma educação precária e a falta de *insight* para a situação que provoca a negação da sua situação e a recusa na ajuda.

A equipa comunitária foi criada exatamente para facilitar a intervenção junto da população mais necessitada e distante geograficamente, em relação aos cuidados de saúde, sendo um passo importante na promoção dos direitos humanos e no acesso à Saúde. “As equipas comunitárias de saúde mental desenvolvem as suas atividades fora do hospital, relativamente à população pela qual são responsáveis, em articulação com as outras áreas funcionais do respetivo serviço local de saúde mental, outras estruturas de saúde, locais de trabalho ou quaisquer entidades significativas para a promoção da saúde mental” (Decreto-Lei n.º113/2021, 2021). É neste intuito que se estabeleceu a criação de 40 equipas comunitárias até 2025, que permite chegar a mais pessoas na sua área geográfica e sem prejuízo para o cidadão.

### **1.1.2. Melhoria contínua da qualidade**

No domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, o EE garante um papel de dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas institucionais na área da qualidade, desenvolve práticas de qualidade, através da sua avaliação e revisão, bem como a implementação de programas de melhoria contínua, e garante um ambiente terapêutico e seguro na prevenção de incidentes e gestão de riscos (OE, 2019).

A partilha de conhecimentos e experiências permite uma melhoria dos cuidados prestados em contexto clínico, pelo que os EC em contexto de especialização são enriquecedores para ambas as partes quando é permitido existir uma simbiose de conhecimentos e experiências para a atuação no dia-a-dia na prática. Por outro lado, fomentar conhecimento em áreas diferenciadas do cuidado com as quais não estamos diariamente em contacto, permite desenvolver

competências para uma prática segura no cuidado à pessoa como um todo num ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual. O conhecimento permite aumentar a sensibilidade, a consciência e o respeito pelo outro, um dos focos em que mais trabalhei com vista à desmistificação de conceitos e promoção da integração das diferenças de género, nomeadamente nas sessões de formação em serviço sobre *Burnout* e Disforia de género, apresentados em contexto de internamento e o último em contexto de comunidade e respostas diferenciadas.

Em contexto prático nem sempre é fácil evidenciar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais ou o desenvolvimento de práticas de qualidade, através da gestão e colaboração em programas de melhoria contínua e a garantia de um papel terapêutico e seguro. No entanto, deve existir um esforço contínuo na execução de experiências e no aprofundamento da teoria, com base em estudos científicos recentes, de modo a que haja uma atualização constante de conteúdos e uma adaptação às comunidades atuais, sem esquecer as vertentes físicas, psicossociais, culturais e espirituais de cada pessoa. Neste sentido, um dos principais focos durante os EC foi a adaptação de conteúdos, previamente abordados à população alvo, e a sua atualização com base em pesquisas e dados recentes, de modo a facilitarem o meu processo de ensino e a partilha aos outros. Por exemplo, apresentando uma mesma sessão de formação em serviço em dois contextos diferentes, como a área da comunidade em que tive de adequar a minha partilha aos cuidados de saúde primários e quais são as *guidelines* previstas neste âmbito. No entanto, altero informações quando me dirijo a profissionais de saúde na área de cuidados diferenciados, em que a população alvo foi um grupo de enfermeiros de internamento que prestam cuidados à pessoa em fase aguda da doença.

Sendo Enfermagem uma profissão prática, verifica-se ao longo do tempo a necessidade de formação contínua para aquisição ou atualização de conhecimentos, o que permite uma melhoria contínua dos cuidados, sendo que as formações em serviço adotam este papel, mas decorrem em simultâneo com a prática de enfermagem e por norma refletem uma resolução de problemáticas existentes nos locais de trabalho (Relvas, 2018). A OE (2021, p. 175) define a formação profissional como um “processo que tem por objetivo a aquisição de conhecimentos, capacidades, atitudes e formas de comportamento exigidos para o exercício das funções próprias duma profissão ou grupo de profissões em qualquer ramo de atividade económica”.

Segundo Le Boterf (1991), citado por Relvas (2018) para que uma formação em serviço funcione, deve-se considerar um planeamento adequado através do levantamento das

necessidades dos serviços e equipas, da explicação do que se pretende contribuir através da formação, da elaboração e estruturação da formação, do desenvolvimento da formação e da sua avaliação. Assim, o meu foco na dinamização das sessões de formação em serviço nos três contextos passaram por estas etapas, nomeadamente através do levantamento das necessidades com base na opinião das equipas, da comunicação em cada sessão, dos resultados esperados como o aumento do conhecimento e a partilha de informação, da realização um plano de sessão devidamente estruturado com a população-alvo, a metodologia, os objetivos, o desenvolvimento, a justificação com evidência científica e os meios de avaliação das sessões e, por fim, da avaliação final das sessões através da observação, da participação e de um questionário de satisfação final.

Durante o EC em internamento, o desenvolvimento da Sessão de Formação em Serviço direcionado ao *Burnout* em Profissionais de Saúde na área da Saúde Mental foi essencial para partilhar conhecimentos e promover estratégias no combate à exaustão e *Burnout* profissional, possibilitando a aprendizagem em contexto laboral, a partilha de experiências e a melhoria contínua dos cuidados prestados à pessoa em contexto de internamento. No dia-a-dia, em contexto profissional, somos assoberbados pelo excesso de trabalho e pelo tanto que damos ao outro, de tal forma, que nos consome a nossa energia, não existindo, muitas vezes, capacidade para focar a nossa atenção em temas pesados ou muito formativos. A síndrome de *Burnout* tem sido um tema crescente no que concerne aos trabalhadores, principalmente aos que trabalham com pessoas. Os profissionais de saúde apresentam risco acrescido de desenvolver *Burnout*, pelas exigências da profissão ou do serviço. A profissão de enfermagem e o trabalho por turnos são fatores de risco para a fadiga e exaustão presentes no *Burnout*. Desta forma torna-se fundamental capacitar os enfermeiros para a identificação de sinais e sintomas, bem como estratégias preventivas da doença (Borges et al, 2021; Fonte, 2011).

Na ótica dos enfermeiros, ao formador compete “estimular a participação e a criatividade do grupo, realçando os saberes do grupo e promovendo a interajuda” (OE, 2021, p. 181). Deste modo, a criatividade foi um recurso utilizado para chegar aos enfermeiros do serviço, enquanto colega e, simultaneamente, enquanto estudante de ESMP, na medida em que adotei a utilização de imagens ilustrativas e que solicitava a partilha por parte dos enfermeiros. Esta abordagem permitiu-me captar a atenção dos enfermeiros, permitindo partilha de experiências e troca de informações, bem como atenuar o clima de tensão que se sentia inicialmente. Com isto aprendi

que menos informação é mais, se esta for transmitida de uma forma que tranquilize quem recebe a informação e faça refletir sobre ela.

No âmbito dos Cuidados na Comunidade, o meu foco direcionou-se para a dificuldade em desmistificar conceitos novos que influenciam o cuidado prestado à pessoa em contexto comunitário ou em contexto de consultas, nomeadamente através de uma Sessão de Formação em Serviço sobre a Disforia de Género, após verificar a necessidade e preocupação dos enfermeiros da unidade quanto à temática. A disforia de género tem vindo a ser uma constante nos cuidados de saúde à criança, adolescente e/ou adulto, sendo uma temática necessária a implementar na abordagem à pessoa, para que os profissionais possam ter conhecimentos e ferramentas que permitam uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Não existem dados epidemiológicos sobre a incidência e prevalência da transexualidade, no entanto verifica-se o aumento da prevalência de transexuais com disforia de género que recorrem aos serviços de saúde, sendo um diagnóstico difícil e que requer profissionais de saúde experientes (Oliveira et al., 2019). O facto do tema me ter retirado completamente da minha zona de conforto, foi essencial para testar as minhas capacidades, quer de desenvolvimento pessoal e profissional, como de partilha de conhecimentos adquiridos para EE já com larga experiência.

Assumindo a vertente de cuidados diferenciados à criança e adolescente, senti que o meu papel dinamizador de conteúdos, foi fundamental para aumentar o conhecimento dos profissionais de saúde que convivem diariamente com crianças e jovens que podem ou poderão passar pela situação de doença. Desta forma, propus uma Sessão de Formação em Serviço com o mesmo tema da Disforia de Género, verificando que seria uma necessidade dos profissionais de saúde, visto que grande parte não reconhecia o tema, conseguindo abrir portas que muitas vezes se encontram fechadas pela dificuldade na receptividade a novos temas e novas abordagens.

Não basta partilhar conhecimentos, mas também desenvolver áreas pouco trabalhadas, desmistificar conceitos e combater o estigma ou juízos de valor para com pessoas que sofrem com problemáticas menos abordadas. A sessão permitiu-me perceber a adesão de quem realmente tinha interesse no tema, mesmo fora de horário laboral, as partilhas permitiram uma visão da realidade de cada um e, sem dúvida, que o resultado foi positivo na medida em que se aumentou o conhecimento e promoveu a compreensão, capacitando os profissionais de saúde na sua profissão, visto que “competem aos profissionais de saúde, buscar ferramentas por meio do conhecimento e do cuidar de forma acolhedora e humanizada. Fato que inclui a formação de

vínculo, para garantir que esta população tenha uma atenção com foco em integralidade” (Santos et al., 2022).

Um dos pilares essenciais no desenvolvimento das competências a nível da melhoria contínua dos cuidados passa pelo PMCQCE desenvolvido e implementado no meu local de trabalho, que se encontra descrito na Parte III deste documento. O meu foco neste trabalho foi considerar a problemática da sobrecarga existente por parte dos profissionais de saúde na área das demências com que lido diariamente. O conhecimento é a base dos cuidados prestados à pessoa e, neste sentido, tornou-se clara a necessidade de desenvolver um programa com base em intervenções psicoeducacionais e psicoterapêuticas. Estas intervenções permitem fornecer conhecimentos e estratégias para lidar com os desafios inerentes ao cuidado com a pessoa com demência, potenciando uma melhoria contínua dos cuidados prestados pelos profissionais que cuidam de pessoas. Os cuidadores formais com formação superior apresentam valores superiores na qualidade de vida face aos que não apresentam formação superior (Gregório, 2015), o que nos remete para a importância da formação, enquanto prestadores diretos do cuidado à pessoa e gestão dos desafios diários. Para além disso, vários estudos reportam que as maiores dificuldades sentidas pelos cuidadores passam pela comunicação, a interação e o conhecimento, de forma a dar uma melhor resposta à pessoa com demência (Loureiro, 2016); (Gregório, 2015).

Para além dos conhecimentos necessários, os profissionais de saúde devem sentir-se importantes, reconhecidos e lembrados. É nesse sentido que a promoção da saúde mental dos profissionais de saúde é um dos temas mais importantes no que toca à prestação de cuidados com a melhor qualidade. O excesso de carga horária, o mais de um vínculo profissional e a falta de estrutura e capacitação dos profissionais de saúde leva a uma deterioração da saúde dos profissionais de saúde, pelo que atuar em prol de estratégias preventivas e promotoras da saúde mental permite uma melhoria da sua qualidade de vida (Silva et al., 2022). A pensar neste tema, e com foco no futuro de realizar tantas outras dinâmicas promotoras de saúde mental, desenvolvi e implementei um Calendário do Advento para profissionais de saúde com estratégias e desafios promotores de saúde mental. A gratidão com que me receberam e com que todos os dias abriam a caixa do dia, permitiu-me perceber ganhos alcançados, nomeadamente o interesse, a motivação, a satisfação, o empenho e a valorização dos profissionais de saúde, que me transmitiu confiança durante este percurso. Dizemos que se não formos nós a pensar em nós próprios, ninguém pensa, mas é sempre gratificante ter alguém que olhe por nós em forma de cuidado e de valorização.

Considerando que a prática clínica tem sempre foco na sua melhoria contínua, ao longo dos EC verifiquei que ter em conta as alterações estruturais familiares, possibilita a adaptação dos nossos cuidados ao longo do tempo. Não basta planejar cuidados e intervir, mas sim adaptá-los às circunstâncias da vida, da família e da equipa, nomeadamente no caso da disponibilidade horária das famílias, da facilidade em se dirigirem às consultas, as capacidades económicas e também o nível de compreensão da informação transmitida. Assim, estabelecem-se prioridades e garante-se a segurança de quem prestamos cuidados, indo de encontro às competências desenvolvidas no âmbito da gestão de cuidados.

### **1.1.3. Gestão dos cuidados**

No domínio da gestão de cuidados, é da competência do EE gerir os cuidados de enfermagem através da otimização de cuidados e da articulação entre equipas com vista à segurança e qualidade das tarefas, bem como adaptar a liderança e gestão de recursos às situações e contexto, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados (OE, 2019).

A lacuna neste processo passa por, obviamente, não conhecer efetivamente todos os recursos existentes em cada contexto prático, mas isso advém de um longo caminho que resulta em conhecimento e experiência, nomeadamente as respostas sociais existentes em cada EC, as pessoas de referência em cada contexto a nível local ou regional e a burocracia necessária em determinadas referências, como a Rede Nacional de Cuidados Continuados. Não obstante, tornou-se fundamental no meu processo de aprendizagem perceber a articulação existente entre serviços e profissionais de saúde que permitem a gestão adequada e personalizada de cuidados a cada pessoa.

Esta perceção face às respostas da comunidade ou sociais que existem, surgem muitas vezes em contexto de reuniões multidisciplinares realizadas em todos os contextos de EC, desde o internamento em que existem reuniões semanais para discussão de casos, sugestão de encaminhamentos ou mudanças necessárias na dinâmica do serviço; no contexto comunitário, onde as reuniões são quinzenais e permitem a partilha de experiências, a discussão de casos e a delegação das tarefas entre a equipa, bem como no contexto diferenciado, em que as reuniões são quinzenais e se promove a aquisição de conhecimentos, a partilha de ideias e os limites ou oportunidades de melhoria existentes. Em todos os contextos, estas reuniões permitem elevar o nível da tomada de decisão com suporte em outros profissionais de saúde ou perceber a necessidade de referência para outros profissionais. Assim, o EE otimiza o processo de

cuidados ao nível da tomada de decisão através da disponibilidade para com os outros enfermeiros e equipa, colabora nas decisões em equipa, permite a partilha de informação necessária bem como reconhece a necessidade de negociar/referenciar para outros (OE, 2019).

A delegação de cuidados é uma das ferramentas essenciais no cuidado ao outro enquanto EE, mas a supervisão deve estar implícita nesta delegação como parte integrante de cuidados especializados de excelência. De acordo com a decisão de delegar em Enfermagem, prevê-se que esta só possa ocorrer em pessoal funcionalmente dependente do enfermeiro e que tenha uma adequada preparação para executar a tarefa (OE, 2015c), bem como se esteja perante cinco certos da delegação: tarefa certa, circunstâncias certas, a pessoa certa, uma transmissão de informação certa e a orientação e supervisão certa (OE, 2015a). Assim, no decorrer dos EC, permiti-me delegar tarefas em assistentes operacionais com competência para a tarefa, algo em mim já inerente no meu trabalho diário, utilizando muitas vezes a demonstração como guia orientador dos cuidados. Por outro lado, eu própria recebia tarefas delegadas pelos enfermeiros orientados em cada EC que me permitiam desenvolver funções e competências necessárias à minha aprendizagem.

A liderança adquirida enquanto EE, não passa apenas por otimizar ou supervisionar os cuidados prestados, mas sim ter um papel diferenciado que permita reconhecer as necessidades da equipa e possibilitar um ambiente positivo no local de trabalho. No dia-a-dia deparamo-nos com dificuldades na valorização profissional e no reconhecimento do nosso trabalho pelo que ter profissionais de saúde desmotivados, limita os cuidados de saúde. Algo que anseio poder desenvolver nesta área é a motivação da equipa de forma a influenciar positivamente o dia-a-dia dos profissionais de saúde. Neste âmbito, desenvolvi atividades que permitiram chegar aos profissionais de saúde, não só em contexto de EC, mas também em contexto profissional, como mencionado no subcapítulo anterior, do Calendário do Advento. “O enfermeiro com funções de gestão (...) pode ter um papel preponderante da promoção de um ambiente humanizado e uma responsabilização permanente da equipa de enfermagem” (p.22), existindo a necessidade de desenvolver competências para gerir conflitos interpessoais, promovendo o trabalho de equipa (Melo et al., 2017). No contexto organizacional, encorajar os profissionais de saúde a pensar e resolver problemas de forma criativa e ideias inovadoras, aumentar o seu envolvimento e comprometimento com a instituição, bem como o seu desenvolvimento pessoal a nível da autonomia e da partilha entre equipas, é essencial na influência da liderança para um ambiente de trabalho positivo (Melo et al., 2017). É neste sentido que o EE se permite desenvolver

competências na otimização do trabalho de equipa, adequando os recursos às necessidades existentes, bem como na adaptação do estilo de liderança face ao clima organizacional, fomentando um ambiente positivo e favorável à prática e aplica estratégias de motivação da equipa para melhoria do desempenho (OE, 2019).

No âmbito dos cuidados à comunidade, a minha supervisão clínica foi fundamental para perceber que o foco dos meus cuidados está centrado na pessoa e o meu objetivo passa por sermos parceiros no cuidado. Neste sentido, é importante conhecer as nossas limitações e perceber que não conseguimos ajudar mais a pessoa porque atingimos os nossos limites pessoais e/ou profissionais, no entanto, podemos sempre contar com uma vasta rede de profissionais com o objetivo de auxiliar a pessoa na procura de cuidados especializados adequados, se procedermos ao seu encaminhamento e/ou referência. Neste âmbito, surgiu a necessidade de fazer um encaminhamento de um jovem para psicólogos de referência da área, para um acompanhamento mais direcionado, dado ultrapassar as minhas competências profissionais, naquele que é o meu conhecimento e experiência. Será através do autoconhecimento que o enfermeiro reconhece as suas vulnerabilidades e as possibilidades de desenvolver novas aptidões, na medida em que a genuinidade/autenticidade é vista como uma forma de relacionamento humano para com o utente, em que este vê o EEESMP como pessoa humanamente semelhante e o respeito leva a que o utente seja tido em consideração (Pereira & Botelho, 2014).

#### **1.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o EE assume o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade e baseia a sua conduta em evidência científica (OE, 2019). É neste domínio que considero que desenvolvi mais competências através de vários processos de autoconhecimento, de reflexão pessoal e profissional, através da escrita de diários clínicos de aprendizagem ou através do apoio de supervisores clínicos que diariamente me ajudaram neste processo de aprendizagem.

O autoconhecimento desenvolvido permitiu-me identificar fatores que interferiram quer em âmbito do relacionamento com profissionais de saúde, quer no cuidado à pessoa, fruto de experiências negativas com supervisores, como experiências familiares vividas em período de EC. Estas experiências influenciaram a minha capacidade de lidar com situações semelhantes, não influenciando diretamente o cuidado à pessoa, mas deixando-me desconfortável ao longo

do processo. Assim, reconheço os meus limites pessoais e profissionais, não só neste âmbito, mas também no que diz respeito à gestão de tempo, à pressão sentida, à falta de motivação, mas reconhecendo também os meus recursos pessoais e estratégias de  *coping*  para lidar com os acontecimentos que me foram úteis ao longo deste percurso, nomeadamente a utilização de estratégias de prevenção de ansiedade ou stress, como a leitura e a música, bem como momentos de relaxamento e convívio entre amigos e familiares, que me permitiram manter a minha saúde mental.

Apesar das dificuldades sentidas, considero que o meu desenvolvimento pessoal e profissional foi positivo no que concerne à minha autoperceção enquanto EEESMP e à minha gestão de emoções com vista ao distanciamento de potenciais conflitos na relação terapêutica, indo de encontro à competência da detenção de consciência de mim mesma enquanto pessoa e enfermeira, através da identificação destes limites pessoais e profissionais que podem influenciar a relação profissional, bem como gerir sentimentos e emoções, mantendo as respostas físicas e verbais de uma forma neutra, evitando situações de conflito (OE,2019).

No âmbito dos cuidados na comunidade, foi importante tomar consciência de mim enquanto pessoa e profissional, das minhas limitações e áreas com necessidades de desenvolvimento, através da realização de autoanálises periódicas, o que me permitiu ter a perceção real de mim enquanto pessoa e enfermeira. Tendo em conta a minha relação com a comunidade, sendo o local em que vivo e trabalho, poderia existir algum tipo de conflito no caso da necessidade de prestar cuidados a pessoas da minha área de residência, pelo que foi necessária informação prévia dos atendimentos e ter a capacidade de informar dos possíveis conflitos, caso estivesse presente em consulta. As dificuldades do processo terapêutico procuram-se ultrapassar através da reflexão sobre as dificuldades e implicações pessoais nas mesmas, por parte do terapeuta, podendo adaptar a sua intervenção e adquirir conhecimento e competências para a melhor intervenção no outro, sendo que a superação das dificuldades e dos limites pessoais permite progredir terapêuticamente e, simultaneamente, promover a mudança do utente (Martins, 2022).

Em contexto das respostas diferenciadas percebi que o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade depende de muitos fatores, nomeadamente da minha disponibilidade emocional, das minhas capacidades físicas e mentais e da capacidade de olhar para mim e aceitar que nem sempre consigo chegar às necessidades dos outros ou de mim própria, permitindo-me lidar e gerir a frustração. Ao longo deste EC deparei-me com imensas limitações

personais no que diz respeito à minha resiliência, à minha disponibilidade emocional e às dificuldades de gerir o tempo e o descanso. Neste sentido, experienciei muitas vezes sentimentos de revolta e cansaço, que poderiam colocar em causa o meu relacionamento profissional e a minha relação de ajuda, que senti que teve um maior impacto no âmbito do meu exercício laboral e não em contexto de EC. O facto de me sentir exausta causava-me alguma impotência no cuidado ao outro e à dificuldade em estabelecer uma relação empática e assertiva com os meus utentes.

A supervisão clínica tem um papel fundamental no meu desenvolvimento pessoal e profissional, nomeadamente nas áreas do autoconhecimento e das relações terapêuticas, principalmente na partilha de conhecimento e experiências, o que me motiva a procurar novos caminhos naquilo que é o início de uma prática especializada em ESMP (Pereira & Botelho, 2014). O desenvolvimento das minhas competências sob supervisão clínica permitiu-me partilhar aquelas que eram as minhas dificuldades e ver oportunidades de melhoria sob o olhar de uma pessoa de referência. Deste modo, espera-se que os orientadores da prática permitam um aprofundamento do meu conhecimento na prática clínica, tornando-se também modelos para aquela que é a relação terapêutica com o outro, bem como o apoio emocional que tanto é necessário para colmatar processos emocionais difíceis de ferir ao longo destes meses (Martins, 2022).

Perante o meu autoconhecimento enquanto profissional de saúde, percebo as minhas limitações teóricas e a necessidade de realizar intervenções especializadas com base em evidência científica, com vista à promoção do meu conhecimento, bem como tornar-me facilitador de aprendizagem para o outro (OE, 2019). Neste sentido, um dos focos do desenvolvimento das aprendizagens profissionais passa pela responsabilidade de ser facilitador de aprendizagem em contexto de trabalho, o que pude desenvolver através das sessões de formação em serviço no âmbito de internamento, de comunidade e de cuidados diferenciados. Estas sessões permitem-me aprofundar conhecimentos em temas com os quais não me sinto à vontade, bem como partilhar o conhecimento adquirido a outros elementos das equipas em que me inseri. As formações em serviço nas organizações são fundamentais aos enfermeiros, dado que procuram aprofundar o desenvolvimento pessoal e profissional através de aquisição e melhoria de competências, podendo influenciar a satisfação profissional através do desenvolvimento de capacidades e melhoria de comportamentos e atitudes face às necessidades (Relvas, 2018).

Este processo formativo permitiu-me desenvolver competências na área das aprendizagens profissionais, visto ter a necessidade de diagnosticar as necessidades formativas em cada contexto, desenvolver e aplicar as formações, favorecer a aprendizagem de outros profissionais de saúde, bem como avaliar o impacto destas formações nos profissionais participantes (OE, 2019). Sendo que o meu desenvolvimento profissional tem por base as competências comuns do EE desenvolvidas, mas também as competências específicas do EEESMP, apresento de seguida a descrição e reflexão das competências adquiridas bem como das atividades desenvolvidas ao longo deste percurso.

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

As competências específicas dizem respeito às competências desenvolvidas através das respostas humanas a processos de vida e problemas de saúde, inseridos em diversos campos de especialidade de acordo com as intervenções desenvolvidas, assumindo cuidados adequados às necessidades das pessoas (OE, 2019).

Estas competências passam pela detenção de um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, pela assistência à pessoa/família/grupo/comunidade na otimização da saúde mental, pela ajuda à pessoa/família/grupo/comunidade na recuperação da saúde mental e pela prestação de cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais à pessoa/família/grupo/comunidade, com vista à manutenção, melhoria ou recuperação da saúde (OE, 2018).

Por outro lado, os enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (OE, 2015b) permitem uma base de trabalho que sustenta a qualidade do exercício profissional do EEESMP. Através desta base de trabalho, pretende-se que o EEESMP se foque na promoção da saúde mental e do bem-estar, identificando riscos para a SM, prevenindo a doença mental e criando um processo de enfermagem baseado em diagnósticos e intervenções passíveis de atuação por parte do EEESMP. Assim, atua ao longo do ciclo de vida da pessoa, grupo e/ou comunidade de forma a manter, melhorar ou recuperar a sua saúde, através de enunciados como a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a adaptação, a organização dos cuidados de enfermagem, a relação psicoterapêutica, bem como a redução do estigma e a promoção da inclusão social (OE, 2015b).

Ao longo do processo de ensino, supor-tei a minha prática com base nas competências específicas do EEESMP e dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, como guias orientadores do ser e estar para o outro. Assim, apresento de seguida as competências desenvolvidas em contexto prático bem como as atividades necessárias para o seu desenvolvimento.

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

A primeira competência do EEESMP diz respeito à capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal através das experiências vividas em contexto prático, com base em técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas, essenciais à prática de enfermagem de saúde mental (OE, 2018). Ao longo deste processo foi essencial identificar emoções presentes nas relações terapêuticas e até sentimentos que pudessem interferir, de alguma forma, no cuidado à pessoa ou no trabalho em equipa multidisciplinar. A tristeza passa por uma emoção universal do ser humano, caracterizada pela dor ou sofrimento emocional que, acabou por interferir em contextos da prática que me fizeram muitas vezes pensar que não estava a ser a ajuda suficiente para o outro ou a sentir-me incompetente para com a equipa multidisciplinar, pelo que foi importante identificar os fatores que interferiram no meu relacionamento com o outro. Este processo vivenciado quer com utentes quer com a equipa, quer seja a tristeza ou a impotência, contribuem para o que se denomina de processo de contratransferência, no qual inconscientemente, vivencio emoções que limitam e se tornam obstáculos no cuidar, face às problemáticas expostas pelo outro (Neves, 2016). No entanto, ter consciência deste fenómeno e identificar as emoções experienciadas permite que estas possam ser trabalhadas com o objetivo de uma ferramenta de trabalho. Segundo Heimann (1950), citado por Neves (2016), o ignorar ou iludir sentimentos contratransferenciais pode impedir que consigamos interpretar correta e claramente a problemática do outro porque, nesse momento, estou mais focada em compreender o que estou a sentir, do que em focar-me no utente.

Muitas vezes, em contexto prático, estes sentimentos passam pela capacidade ou não de orientação clínica, que influencia o meu desenvolvimento. Ao colocar-me no papel de estudante, muitas vezes vista como “não enfermeira”, influencia o processo de aprendizagem e a minha capacidade de dar resposta às minhas exigências, neste sentido, as minhas estratégias passaram pelo foco em mim enquanto enfermeira e estudante de mestrado, bem como pelo

outro que precisa da minha ajuda. Por outro lado, realizar breves reflexões sobre as vivências ao longo de cada EC permitiram-me reconhecer em mim necessidades de mudança, nomeadamente no ser e estar durante o EC enquanto estudante de mestrado.

Olhando para trás, assumo a dificuldade em dar resposta às exigências sentidas do processo evolutivo, no entanto hoje penso naquela que poderia ter sido a minha postura, através de autoafirmação e assertividade perante as relações difíceis de estabelecer. Perceber que na nossa vida, nem sempre vamos ter pessoas que nos possibilitem um meio de aprendizagem linear, mas que nos vão colocar obstáculos ao longo do percurso, provoca algum sentimento de frustração, mas contribui para o meu desenvolvimento pessoal, na medida em que me permite reconhecer as minhas características pessoais e me desafia a querer ser mais e melhor, ultrapassando todas as dificuldades que me são impostas.

Por outro lado, a existência de fatores externos como a proximidade familiar em contexto de doença psiquiátrica com desfecho negativo, influenciou o meu ser e o meu estar enquanto EEESMP em contexto clínico, nomeadamente na perceção de sentimentos e de fuga de ideias para aquela que era a minha situação pessoal e a situação pessoal do outro. No entanto, a identificação de emoções como a raiva ou a impotência, após reflexões diárias, permitiram-me aprofundar os conhecimentos e de alguma forma ter ferramentas para proteger a relação terapêutica através do distanciamento dos impasses existentes. Por outro lado, a leitura e as orientações inerentes do livro *Gerir Emoções – um guia prático* (Moreira, 2022) foram uma peça fundamental na gestão das minhas emoções e na utilização da energia envolta destas para o seu uso mais racional. Com isto, quero transmitir que, o *Mindset* do *stress* abordado pelo autor, pode ser utilizado em qualquer emoção, permitindo a modulação da resposta fisiológica dessa emoção. Assim, a energia resultante das emoções mencionadas como a tristeza, a raiva ou a impotência, foi utilizada com vista a obtenção de ganhos para o outro, através do meu aumento de esforço para intervir. Ao longo destes EC, foi crucial a minha adoção de um *Mindset* de crescimento, em que vi as situações de *stress* ou de tensão como desafios, assumindo os efeitos fisiológicos como positivos e utilizando-os de forma positiva.

No que diz respeito ao contexto de internamento, percebo que a capacidade pessoal de desenvolver competências, que permitam o relacionamento com o outro e o estabelecimento de uma relação terapêutica, torna-se dificultada pela necessidade de compreender a mente do outro, o seu próprio pensamento e as suas próprias motivações. O desenvolvimento do conhecimento e de um processo reflexivo permite-me entender novas perspetivas da mente

humana e as dificuldades que o outro sente durante o processo de doença, onde a comunicação se torna a base da humanização do cuidado (Campos, 2017). Uma das maiores dificuldades sentidas neste contexto, passou pelo estabelecimento de relações terapêuticas com a pessoa que apresenta alterações do pensamento, nomeadamente alucinações e ideias delirantes. Sendo as perturbações psicóticas que surgem durante o desenvolvimento da adolescência ou da idade adulta jovem, estas são consideradas graves, pelo que se torna fundamental detetar precocemente e intervir face ao estadio da doença. A intervenção precoce engloba a psicoeducação face aos principais sintomas das psicoses, às suas consequências e fatores de risco associados, quer no âmbito individual quer na comunidade. No âmbito individual é fundamental conseguir estabelecer uma relação terapêutica com base na confiança entre os profissionais de saúde, o utente e a família ou suporte social, o que verifiquei ser uma limitação no desenvolvimento das minhas funções (Figueira et al., 2014). Esta limitação surge com a dificuldade em ter disponibilidade e facilidade no que diz respeito ao contacto com a família que se verificou escasso, pelo que talvez a opção de estabelecer contacto via telefónica pudesse ser uma solução para futuras situações.

Neste campo torna-se ainda necessário deter um elevado conhecimento de mim própria, durante todo o processo de intervenção para com o outro, assumindo dificuldades sentidas, como compreender as alterações de pensamento e perceber o que é verdade ou o que é uma alteração, reações que o meu próprio corpo demonstra, como o nervosismo ou a dúvida, mas sempre mantendo a relação terapêutica com base em limites profissionais, indo de encontro à primeira competência do EEESMP, em que o enfermeiro “detém um elevado conhecimento e consciência de si próprio, enquanto pessoa e enfermeiro, através de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (OE, 2018, p.21428).

Em contexto comunitário, percecionei sentimentos de compaixão e tristeza por algumas das pessoas que se encontravam ao meu cuidado, o que poderia afetar a minha relação terapêutica com os utentes. Sendo a EEESMP a assumir a direção das consultas, acabei por sentir uma proteção face a estes sentimentos e emoções vivenciadas, mas dei por mim a refletir sobre o que tinha sentido, o que relacionava com a minha própria experiência de vida e aquilo que poderia modificar para ajudar a pessoa cuidada. A necessidade de nos sentirmos imparciais face às histórias de vida de cada pessoa é essencial para nos protegermos e conseguirmos dar a ajuda efetiva à pessoa, tendo em conta que se atuar com base em sentimentos e emoções, poderei estar a dificultar o acesso da pessoa à ajuda e às ferramentas necessárias ao cuidado. No entanto,

é essencial utilizar a compreensão e a empatia na relação terapêutica, para que a pessoa possa expressar sentimentos e emoções, sem juízos de valor (Pereira & Botelho, 2014). Neste âmbito, foi alvo da minha atenção a preocupação em compreender a pessoa como um todo e as suas próprias experiências de vida que podem influenciar no processo saúde-doença.

Por outro lado, no que toca à intervenção em âmbito escolar, surgiu uma situação com a qual não tive ferramentas para lidar, mas que contei com o apoio da minha orientadora. Considerando que cada turma apresenta uma grande diversidade de alunos, as nossas apresentações sobre o tabaco, o álcool ou *bullying* podem não ser recebidas de igual forma por todos. Numa sessão, enquanto eu apresentava o tema sobre álcool e as consequências deste no âmbito individual e coletivo, apercebo-me da saída de uma criança visivelmente ansiosa e lábil, no entanto não podia suspender a temática para a restante turma, pelo que foi delegado à minha orientadora o acompanhamento desta criança. Se para uns falar do álcool se torna muitas vezes “banal”, para muitos pode ser um tema sensível e com repercussões visíveis, neste caso remetendo a criança para situações familiares do foro alcoólico. Tendo em conta esta situação, foi do nosso interesse modificar a apresentação da sessão de forma a que se tornasse mais acessível a todos os alunos. Poderia ter sido prevenido, no entanto esta situação remeteu-nos para a complexidade que é abordar assuntos que nos parecem tão simples.

A possibilidade de estar sob orientação clínica, permitiu-me dar e receber *feedback*, de forma a ver-me como os outros também me vêm, levando à partilha de sentimentos e emoções vivenciadas e a forma como nos afeta a nós e à relação terapêutica. Por outro lado, a partilha de *feedback*, quando eficaz e oportuna, torna-se fundamental em contexto de consultas, nomeadamente na partilha de um reforço positivo que leva à valorização pessoal e à adesão à continuidade dos cuidados. Desta forma, a pessoa sente-se acompanhada e cuidada pelo profissional de saúde, sem comprometer a relação terapêutica, tal como referem Pereira e Botelho (2014), a prestação de apoio leva a uma segurança e conforto na relação terapêutica, assumindo a utilização de ações como dar *feedback* e sugestões, entre outros. Em contexto comunitário, vivenciei esta situação de forma mais elucidativa, visto que acompanhei alguns utentes em mais do que um momento. Para além de ser dado um *feedback* positivo face ao progresso da última consulta, a enfermeira fazia ainda um resumo geral do acompanhamento do utente ao longo dos anos, em conjunto, reforçando as modificações positivas e os ganhos obtidos, indo de encontro à escuta ativa utilizada durante todas as sessões, que permite a partilha e compreensão do problema por parte do utente, o início e estabelecimento da relação

terapêutica ao longo das consultas, promovendo confiança, segurança e conforto da pessoa (Sequeira e Sampaio, 2020).

A relação terapêutica deve ser desenvolvida com base em confiança, respeito, autenticidade e empatia, o que se veio a verificar ao longo de todas as consultas e intervenções à pessoa e/ou comunidade. O que para mim, se torna perceptível como uma facilidade para o EEESMP no cuidado ao outro, é uma relação terapêutica previamente estabelecida que promove a aceitação e mudanças de comportamento. As qualidades pessoais do enfermeiro que favorecem a relação terapêutica passam pela acessibilidade, assertividade, autenticidade, tranquilidade, clareza, competência, compreensão, consistência, gentileza, empatia, honestidade, lealdade, proximidade e respeito, e estes são apenas algumas das mais mencionadas na revisão sistemática da literatura realizada por Pereira e Botelho (2014). Nem sempre é possível ter estas características definidas, mas é possível trabalhá-las de forma a proporcionar uma melhoria dos cuidados prestados à pessoa, nomeadamente a autenticidade desenvolvida ao longo das consultas individuais, a tranquilidade nas sessões de grupo, a compreensão pela história de vida de cada pessoa, a proximidade estabelecida através dos contactos com o outro ou mesmo o respeito, não pela pessoa que é intrínseco a mim, mas pelas situações que estes descrevem ou obstáculos que enfrentam na sua vida.

Relembrando a minha passagem pelo contexto de cuidados diferenciados à criança/adolescente, tenho consciência do meu percurso e de mim enquanto profissional como alguém capaz de estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa com base na empatia, na honestidade e na partilha de conhecimentos. Adaptando-me à população cuidada, nomeadamente crianças e jovens, percebo que tenho alguma facilidade na relação, fruto do meu interesse particular e nas minhas relações familiares com crianças e jovens, distinguindo-a daquela que pode ser uma relação terapêutica, em que tentei assegurar a relação com base na acessibilidade, na compreensão, na tranquilidade e na empatia (Pereira & Botelho, 2014).

Nem tudo assume uma vertente positiva, e é preciso perceber que tenho limites no que diz respeito aos meus conhecimentos inerentes à profissão em determinadas áreas e na perceção daquela que é a realidade de muitas famílias. Percebi, muitas vezes, que senti “pena”, tristeza e injustiça face a situações em que vivem tantas famílias e que não tenho capacidade de chegar até elas, com a sensação que não consegui ajudar, podendo provocar em mim alguma frustração. No entanto, o acompanhamento em EC e o nosso tempo em reflexão do dia-a-dia, permite-me perceber que nem sempre vamos conseguir chegar à pessoa que cuidamos, nem sempre vamos

conseguir provocar mudanças significativas, mas se conseguir que algum do meu conhecimento passe para o outro, já vou provocar nele uma mudança que melhora a sua qualidade de vida e o seu bem-estar. Isto remete-me para a família do meu estudo de caso, onde senti que a minha intervenção psicoeducativa para com a mãe não iria produzir frutos, no entanto, o facto de lhe poder transmitir confiança, demonstrar interesse, escutar as suas dificuldades e fornecer conhecimentos e materiais coloridos e dinâmicos fizeram com que ela refletisse sobre a minha intervenção, provocando mudanças na perceção de como pode ajudar na evolução do seu filho. A relação estabelecida com os utentes intensifica-se quando assumimos uma postura amistosa e simpática e quando utilizamos a escuta ativa na relação com o outro (Pereira & Botelho, 2014).

Durante as intervenções assumi um papel de estranha, mas simultaneamente de conselheira e pessoa de recurso naquele que era o meu papel enquanto futura EEESMP, percebendo imediatamente que a minha postura e as minhas reações corporais se tornam mais fáceis de controlar quando não conduzo as intervenções, mas dou suporte. Enquanto condutora da intervenção, apercebo-me que algumas das lacunas passam pelo controlo das minhas expressões faciais, o que me provoca alguma vergonha, mas algum alívio por sentir a proteção da máscara facial. Percebendo estas reações em mim, consigo controlá-las nas futuras intervenções, depositando em mim mesma alguma pressão para que me consiga manter dentro dos limites profissionais, evitando passar a sensação ao outro de julgamento, como por exemplo, quando senti a surpresa face à história de vida que me contaram, seguido de uma mudança da expressão facial, em que só me apercebi quando senti o olhar do outro em mim. É nesta linha que me devo focar no dever de respeitar e fazer respeitar, abstendo-me de julgamento face aos acontecimentos de vida do outro (OE, 2015a).

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

A segunda competência do EEESMP assume um foco especial naquela que é a otimização da saúde mental, através da compreensão da saúde mental da pessoa, família, grupo ou comunidade. Neste sentido, a nossa atuação tem particular interesse na promoção e proteção da saúde e prevenção da doença mental (OE, 2018).

Sendo o objetivo otimizar a saúde mental, tornou-se fundamental avaliar as necessidades acrescidas na população-alvo ao longo dos contextos clínicos, nomeadamente em internamento,

na comunidade e na população infantojuvenil. A avaliação das necessidades permite direcionar o cuidado a áreas menos trabalhadas ou com maior risco de rutura, que possam levar à doença mental.

Em contexto de internamento, o meu foco foi essencialmente a pessoa e/ou grupo com doença mental, sendo fundamental realizar entrevistas estruturadas ou semiestruturadas para avaliação das necessidades inerentes ao internamento. Neste sentido, as necessidades enquanto grupo de um internamento de psiquiatria, observadas por mim, e, indo de encontro à evidência científica, passam por necessidades lúdicas e de aprendizagem relativamente a estratégias para o futuro, estratégias que possibilitem uma recuperação e simultaneamente uma proteção da saúde mental. Segundo o estudo realizado por Bezerra & Siqueira (2021), a ansiedade foi descrita com o aspeto emocional mais impactante durante o internamento, quer associado ao desconhecimento da doença, quer à vontade de ir para casa. Por outro lado, numa evolução gradual ao longo dos anos deparamo-nos com um crescente número populacional com necessidades de toma de medicação regular, sendo que, aqueles que menos aderem ao regime terapêutico, são os utentes com doença crónica, bem como a predisposição para a toma de comprimidos passa por fatores influenciadores internos ou externos à pessoa (Dias et al., 2011).

Assim, a determinação de focos como a ansiedade, segundo a CIPE® (2018) descreve-se como uma emoção negativa, de sentimentos de ameaça, perigo ou angústia, e a adesão ao regime terapêutico, que de acordo com a CIPE® (2018), é visto como um status positivo que engloba a ação iniciada com vista à promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, através de orientações e ações e comportamentos sem desvios, são fundamentais para conseguir reduzir ou aliviar a tensão causada pelo internamento, assumindo um papel de relação de ajuda neste caminho que cada pessoa vai percorrendo. A relação de ajuda é uma intervenção baseada na interação, na qual o enfermeiro procura perceber o problema de forma clara, analisando recursos internos que possibilitem o crescimento pessoal. Esta relação permite ainda promover a libertação de emoções, diminuir a ansiedade e promover a aceitação do problema atual (Coelho et al., 2020). Face a este enquadramento, desenvolvi duas sessões de psicoeducação direcionadas à ansiedade e à adesão ao regime terapêutico, bem como duas sessões direcionadas ao autocontrolo da ansiedade e à adesão ao regime terapêutico, esta última foi desenvolvida e preparada, mas não foi possível intervir.

A comunidade é um contexto que me é querido, em que sinto que podemos inovar e ser criativos para promover a literacia e promover a saúde mental. Assim, naquele que foi o meu tempo neste

contexto, desenvolvi iniciativas direcionadas ao Dia Mundial da Saúde Mental, com o foco na população-alvo de colaboradores da UCC, através da promoção da Saúde Mental com estratégias protetoras da saúde mental e preventivas de doença mental. No intuito de chegar a uma grande parte da população, torna-se evidente que a sensibilização de um tema como a Saúde Mental num dia assinalado por tantos desde 1992, é parte integrante dos cuidados de EEESMP. Os últimos anos têm sido desafiantes e com algumas incertezas pelo caminho, bem como cada vez mais acelerados para a população em geral. A gestão do *stress* torna-se essencial para a prevenção da doença mental nas populações mais vulneráveis. Neste sentido é fundamental sensibilizar para os desafios ao longo do tempo no combate às doenças mentais e do próprio estigma, sendo importante melhorar a literacia em Saúde Mental no que diz respeito ao reconhecimento de sintomas e na procura de ajuda profissional (Conselho Nacional de Saúde, 2019; Castro, 2022; *World Health Organization*, 2022). Para além disso, realizei e partilhei informação direcionada ao tema sob a forma panfletos distribuídos nas salas de espera das unidades, tendo como população-alvo os utentes das unidades.

No Dia Mundial do Combate ao *Bullying* desenvolvi uma ação de sensibilização, com base em posters direcionados à temática e que foram expostos estrategicamente nas unidades, tendo o cuidado de estar ao nível dos olhos, com folhas de cor e o símbolo de proibido pintado a vermelho para realçar a importância de dizer não. Olhando para trás, seria importante desmistificar e intensificar a abordagem do *bullying* nas escolas para crianças/adolescentes e família, tendo em conta que esta última é muitas vezes um meio reconhecido para perceber sinais e sintomas de vítimas de *bullying*. Este tema é algo tabu para a generalidade da população, mas com grande impacto no desenvolvimento das crianças e jovens em desenvolvimento, o que vai de encontro às recomendações do relatório do estudo HBSC 2018, após se verificar que 90% dos adolescentes refere que nunca provocaram ou fizeram *bullying*, nos últimos 2 meses na escola, e 81,2% refere que nunca foi vítima de provocação/*bullying*, podendo refletir que existem mais jovens a assumir-se como vítimas, do que como provocadores. Sendo assim o estudo dá ênfase à importância de ações disponíveis para crianças e adolescentes, promotoras de convívios sem recurso à violência e/ou provocação, no âmbito da educação para a saúde da adoção de estilos de vida saudáveis, bem como da autorregulação emocional e promoção de competências pessoais promotoras de bem-estar (Matos & Equipa Aventura Social, 2018).

Tendo em conta a comunidade escolar existente, a UCC desenvolve um grande papel no que diz respeito à Saúde Escolar nas diversas escolas, indo de encontro ao Programa Nacional de

Saúde Escolar (Direção Geral de Saúde, 2015), que apresenta como objetivos a promoção de estilos de vida saudáveis, contribuir para a melhoria da qualidade do ambiente escolar, promover a saúde e prevenir a doença em meio escolar, através da capacitação na área da saúde mental e competências socioemocionais. Sendo início do ano letivo, tive a possibilidade de desenvolver intervenções em vários anos escolares, nomeadamente, no 5º Ano com o tema Emoções e Prevenção da Violência, no 7º Ano com a Prevenção do Consumo de Tabaco e Prevenção do Consumo do Álcool e no 8º Ano com a Prevenção da Violência no Namoro e *CyberBullying*. A Saúde Escolar permitiu-me reconhecer áreas de promoção da saúde mental com as quais me identifico e desenvolver competências na relação que estabeleço com a comunidade, nomeadamente os alunos abrangidos pelas sessões. De acordo com o Programa Nacional de Saúde Escolar (2015), as equipas de saúde escolar devem seguir a referência de 30h/semana para cada 2500 alunos e compete à UCC desenvolver atividades direcionadas a intervenções em programas no âmbito da proteção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade, tais como o Programa Nacional de Saúde Escolar (Despacho n.º 10143/2009). Percebi que, apesar da boa relação entre as instituições, Escola e UCC, seria benéfico uma atuação mais interventiva e prolongada no tempo, no entanto o tempo dedicado a estas temáticas é escasso, cerca de 45 minutos por tema, e os profissionais de saúde não conseguem disponibilizar o tempo adequado, dado o crescente número de consultas e necessidades interventivas noutras áreas da comunidade. Na área da Saúde Escolar, o regulamento n.º 743/2019 (OE, 2019), recomenda a aplicação do rácio de um enfermeiro especialista por cada 1500 alunos, e o SNS (2022) refere que existem cerca de 2000 crianças e jovens entre os 5 e 19 anos, sendo que não é possível apurar os dados reais dos alunos de cada escola da área, onde muitos não estão inscritos nesta UCC.

Não sendo uma participação ativa, tive a oportunidade de participar numa reunião multidisciplinar numa escola, com o objetivo de implementar o Projeto + Contigo, projeto esse que pretende prevenir o suicídio em idade escolar. Esta preocupação surge no âmbito do aumento de casos de tentativas de suicídio nos alunos deste meio escolar, que carece de uma prevenção urgente e promoção da saúde mental, sendo do meu interesse vir a participar na ação de formação futura neste contexto. Urge desenvolver mais projetos neste âmbito e no âmbito das competências emocionais destas crianças e jovens que muitas vezes não têm suporte social ou apoio que lhes permita desenvolver conhecimentos ou, por outro lado, não detêm de ferramentas necessárias para enfrentar os desafios que diariamente lhes surgem, promovendo a autorregulação e promoção de competências pessoais e socio emocionais (Matos et al., 2015

citado por Matos & Equipa Aventura Social, 2018). Segundo o estudo realizado em 2018, 80,4% referiram não ter comportamentos auto-lesivos no último ano, no entanto 4,8%, 2,6%, 4,7% e 7,5% referiram ter feito, respetivamente, 4 vezes ou mais, 3 vezes, 2 vezes ou 1 vez, o que se considera taxas altas, com maior prevalência no 8º ano e no sexo masculino (Matos & Equipa Aventura Social, 2018).

Indo de encontro ao EC direcionado aos cuidados diferenciados à criança/adolescente, percebe-se a importância do acompanhamento que a Equipa Comunitária tem nas crianças/adolescentes e pais, principalmente no grupo de *Rehacom*, com frequência quinzenal, em que as crianças são acompanhadas e capacitadas através da intervenção com o computador e o Sistema Informático RehaCom®, que permite treinar competências como atenção, concentração, memória (como por exemplo, trabalho, verbal, palavras) e funções executivas (como por exemplo, compras, plano diário, raciocínio lógico) e com a intervenção dinâmica. A capacidade de se perceberem mudanças significativas nestas crianças, o compromisso e envolvimento das famílias, a relação terapêutica e a persistência são essenciais para a adesão ao tratamento (Pereira e Botelho, 2014). Por exemplo, uma das crianças já não estava presente há várias sessões e a mãe não teria informado qual o motivo da ausência, aqui a aliança terapêutica previamente estabelecida foi intensificada quando a preocupação da equipa a levou até ao domicílio desta criança, com o propósito de compreender a sua ausência. Notei algum choque pela mãe quando nos viu e dificuldade em entender como estávamos lá, no entanto a falta que a equipa lhe fazia transformou-se na partilha de preocupações, na necessidade de falar e de ser escutada, permitindo um entendimento mútuo da situação.

As sessões de *Rehacom* são realizadas na sala de atividades comum à infância e adultos, o que me fez pensar na adequação dos conteúdos expostos às crianças, nomeadamente nos desenhos que se encontram por cima dos computadores. Pinturas realizadas pelos utentes de ambulatório de Psiquiatria de Adultos, com cores escuras e caras de pessoas que podem provocar alguma reação de medo por parte das crianças. Aqui, poderia ser alvo de intervenção a parte estrutural da sala, não obstante às necessidades económicas e possível projeção de novas instalações no futuro, os quadros poderiam ser de dupla face, em que se viravam consoante a idade dos utentes à sua frente, causando algum tipo de harmonia durante as sessões. Segundo o Decreto-Lei n.º 113/2021, “as equipas comunitárias de saúde mental dispõem de instalações próprias e dos meios indispensáveis ao acompanhamento dos utentes no domicílio e à articulação com outras entidades” (p. 114) e ainda “os cuidados de saúde mental da infância e da adolescência de

âmbito local são assegurados através de equipas multiprofissionais específicas, organizadas sob a forma de serviço ou de unidade funcional” (p. 112), não sendo referido se as instalações podem ser comuns às equipas comunitárias de saúde mental da pessoa adulta e infância e adolescência (Decreto-Lei n.º 113/2021, 2021).

Das vezes que pude estar presente, observei e senti que os pais mal se conheciam, apesar de estarem todos na sala de estar à espera dos profissionais de saúde para deixarem os filhos. Neste mesmo grupo, a aquisição de mais um enfermeiro, que integrou a equipa recentemente, torna-se uma mais valia para alargar os cuidados prestados aos pais das crianças, racionalizando o tempo e criando um grupo de apoio para pais no mesmo horário em que as crianças têm a sua intervenção. Permitir uma partilha de experiências entre pais de filhos com PHDA, promove a capacitação dos pais, sentimentos de pertença, de apoio e de ajuda mútua de forma a otimizar a saúde mental destes pais que, muitas vezes, se sentem desamparados ou sem energia para acompanhar e estimular os filhos. Aqui, o papel do EEESMP passa pela mediação e apoio no desenvolvimento do grupo, desempenhando funções de líder e pessoa de recurso numa fase inicial, dando espaço aos pais para exprimir emoções e esclarecer dúvidas com vista ao alívio das dificuldades e angústias (Dias & Carvalho, 2017).

Assumindo que o melhor caminho para prevenir a doença mental passa pela promoção da saúde mental, participei num Workshop direcionado a educadores de infância sobre o desenvolvimento infantil. De acordo com Bossi et al. (2017, p. 356),

“A realização dos workshops sobre desenvolvimento na primeira infância atingiu o objetivo de contribuir com o aprimoramento de educadores de creche, com foco na sensibilidade e na afetividade nas interações educador-criança. Destaca-se a promoção do aprendizado reflexivo, tanto teórico quanto prático, possibilitado pelo formato workshop com exposição dos temas e discussões entre os educadores”.

Torna-se interessante perceber que todos os participantes demonstraram um grande carinho pela partilha de informações e experiências, possibilitando o relembrar de conhecimentos que muitas vezes se vão perdendo. O facto de a Equipa Comunitária poder dirigir-se aos diversos concelhos, permite uma maior adesão por parte dos participantes e uma maior valorização da equipa.

A otimização da saúde mental tem particular interesse na pessoa, grupos ou comunidades, sendo essencial pensar nos profissionais de saúde que merecem ser alvo de assistência com vista à

promoção da saúde mental. O desenvolvimento das atividades já mencionadas anteriormente, permitiram-me intensificar o reconhecimento pelos profissionais de saúde e demonstrar que também eles devem ser alvo de intervenção com vista à promoção da saúde mental.

### **1.2.3. Ajuda à 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**

A terceira competência específica do EEESMP, diz respeito à “sistematização, análise dos dados, determinação do diagnóstico de saúde mental, identificação dos resultados esperados, planeamento, desenvolvimento e negociação do plano de cuidados com o cliente e a equipa de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 21428). O planeamento de cuidados direcionado à recuperação da saúde mental da pessoa permite melhorar, recuperar e proteger a saúde mental, reduzindo as complicações inerentes à doença mental, como os sintomas e a sua interferência na sua funcionalidade enquanto pessoa individual ou inserida na sociedade.

Enquanto EEESMP é da minha competência utilizar ferramentas que me permitam a identificação de diagnósticos de enfermagem de forma célere, com os quais possa trabalhar com vista à qualidade de vida da pessoa, família e/ou comunidade. O processo de enfermagem pode ser descrito como um processo contínuo, dinâmico e não estático com vista à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade (Townsend, 2011). Este processo pode dividir-se em cinco etapas desde a avaliação inicial, o diagnóstico, o planeamento, a implementação e a avaliação final (Sequeira & Sampaio, 2020), permitindo ao enfermeiro a recolha de todos os dados necessários para obter conclusões fundamentadas. O processo de enfermagem deve ser sistemático, rigorosos e eficiente para a resolução de problemas e da tomada de decisão, pelo que, ao longo deste processo, senti a necessidade de me guiar pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de ESMP já mencionados, mas com guias orientadores durante todas as fases (Sequeira & Sampaio, 2020).

Na fase da avaliação inicial, realizei as entrevistas de colheita de dados com base no Modelo de Peplau (história atual/origem do problema, antecedentes pessoais, antecedentes familiares, avaliação das necessidades, avaliação do nível de ansiedade e tensão e avaliação das expectativas futuras) e algumas entrevistas semiestruturadas para complementar a história clínica, bem como construí o genograma (representa graficamente os membros da família e as suas relações, vínculos, dados demográficos e a história clínica) e o ecomapa (explora as

interações familiares e a identificação de desequilíbrios na rede social), como ferramentas auxiliares para a compreensão do indivíduo a nível familiar (Correia et al., 2021). Na definição diagnóstica, recorri à CIPE ® como modelo uniformizador internacional de forma simples e concisa, delineando focos e juízos com base em dados principais e secundários recolhidos durante as entrevistas (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2018). O planeamento, com base dos diagnósticos definidos, permite identificar resultados esperados, em que utilizei como base a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), bem como identificar intervenções adequadas em conjunto com a pessoa, com o suporte da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), permitindo-me realizar uma intervenção em resposta a um diagnóstico, com vista ao resultado esperado (Bulechek et al., 2010; Moorhead et al., 2010; Sequeira & Sampaio, 2020). A implementação diz respeito à colocação do planeamento em prática, ou seja, intervir efetivamente com a pessoa com o objetivo de alcançar os objetivos esperados e, finalmente, a avaliação que diz respeito à reflexão de todo o processo de forma a perceber os ganhos obtidos, ou alterações necessárias (Townsend, 2011; Sequeira & Sampaio, 2020)

O pensamento crítico, as entrevistas e a empatia podem ser considerados a chave do sucesso para o planeamento de cuidados em parceria com a pessoa, indo de encontro à opinião de Cordioli (2005), citado por Amaral em Sequeira e Sampaio (2020), é através da entrevista que se tenta fortalecer a relação terapêutica, com vista à confiança, expectativas positivas e vínculo positivo que possa minimizar os medos inerentes, mas também conseguir uma aliança terapêutica necessária ao sucesso do planeamento de cuidados. Assim, adaptando-me aos papéis definidos pelo Modelo de Peplau conforme as várias etapas em que se encontra a pessoa, seja em contexto de fase aguda associado ao internamento de forma individual ou em grupo, às necessidades de uma comunidade ou às pessoas envolvidas nela, ou mesmo as crianças e/ou adolescentes, bem como as suas famílias, em contexto de doença mental, apliquei o processo de Enfermagem conforme descrito acima, e com base no modelo de gestor de caso.

Em contexto de internamento, destaco a avaliação das necessidades de uma utente com humor depressivo e ideação suicida, em que a entrevista motivacional foi o foco da minha intervenção individual, utilizando princípios fundamentais como a empatia, o desenvolvimento de discrepâncias, lidar com as resistências e reforçar a autoeficácia (Sequeira e Sampaio, 2020). Não sendo possível o acompanhamento a longo prazo, utilizei métodos específicos que são utilizados principalmente na primeira fase, como a formulação de questões abertas, a escuta reflexiva e o apoio à pessoa, adotando um papel de enfermagem de conselheira, que consiste

na relação enfermeira-utente e na respetiva resposta dada, ajudando a lembrar e compreender o que acontece na situação atual (Sequeira & Sampaio, 2020; Tomey & Alligood, 2004). Aqui destaco a importância do acompanhamento que deve ser dado após a alta e a dificuldade que temos no internamento em acompanhar a pessoa no seu todo e a sua integração na sociedade.

No que diz respeito às entrevistas de colheita de dados, realizadas com base no Modelo Teórico de Peplau, estas providenciaram-me dados necessários e fundamentais para a elaboração do estudo de caso, em que foi importante procurar uma oportunidade de entrevista, preparando o contexto em sala com privacidade e colocando-me em posição confortável no estabelecimento da empatia. A comunicação torna-se essencial nesse processo, pelo que foram usadas estratégias de atitude atenta e interessada, de uma forma tolerante e paciente, realizando perguntas claras e uma de cada vez, que possibilitou a abertura da comunicação ao longo da entrevista. A aplicação de técnicas como a validação, a exploração, a reformulação e o direcionamento permitiram um alinhamento da entrevista, com vista à realização do exame mental (Sequeira & Sampaio, 2020; Tomey & Alligood, 2004).

Na sequência das entrevistas realizadas, consegui estabelecer diagnósticos de enfermagem de saúde mental, identificar resultados esperados e realizar e implementar o plano de cuidados adaptado à pessoa e com o cuidado deste ser falado abertamente com ela, permitindo aquela que é uma parceria no cuidado ao outro. Assim, a entrevista clínica permitiu-me atingir os objetivos propostos e planejar cuidados, enquanto pessoa de recurso, sendo que o papel principal é do próprio utente, quer seja no âmbito da escolha como da decisão final. Ao longo dos vários momentos mantive um papel de pessoa de recurso através da forma como dei respostas específicas, promovi o conhecimento em relação à doença e terapêutica, promovendo uma aprendizagem construtiva (Tomey & Alligood, 2004).

No que diz respeito ao contexto comunitário, a ajuda à pessoa na recuperação da sua Saúde Mental teve por base as Consultas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, na realização do estudo de caso direcionado à pessoa com necessidades no cuidar e no acompanhamento da pessoa em fase de doença mental. Ao longo das consultas foi notório a relação terapêutica já estabelecida previamente entre enfermeiro e a pessoa, o que levou a que muitas delas não se sentissem confortáveis com a minha presença em consulta. Poderiam existir alguns sentimentos de tristeza ou revolta, no entanto a compreensão e a empatia pelo outro permitiram-me perceber a dificuldade que muitas pessoas sentem em conseguir expor os seus problemas perante pessoas estranhas. No entanto, nas entrevistas que pude assistir, realizei algum trabalho pessoal que

permitiu o meu desenvolvimento profissional, como a avaliação postural da pessoa em consulta, as técnicas utilizadas por parte do enfermeiro e as estratégias utilizadas em cada contexto, o que providenciou ferramentas úteis para as minhas próprias consultas individuais e para o meu trabalho enquanto futura EEESMP. Neste sentido destaco, o reforço positivo que teve um grande impacto em cada pessoa, providenciando esperança para qualquer tomada de decisão ou vivência do dia a dia, sendo uma ferramenta que sinto ser útil e fundamental no meu desenvolvimento pessoal enquanto EEESMP. A prestação de apoio leva a uma segurança e conforto na relação terapêutica, assumindo a utilização de ações como dar *feedback* e sugestões (Pereira & Botelho, 2014). Assim, adotar um papel de pessoa de recurso no acompanhamento e planificação de consultas deve e é sempre realizada com foco na pessoa cuidada, podendo ser ela a decidir a frequência do acompanhamento, mas simultaneamente adotando um papel de conselheira, tendo em conta a forma como se responde ao pedido do utente (Tomey & Alligood, 2004). Isto é, colocando-se a hipótese de o utente decidir quando quer marcar a próxima consulta, se daqui a duas semanas ou três, o utente tem essa liberdade. No entanto, se o enfermeiro avaliar que é demasiado tempo, face às alterações identificadas em consulta, sugere outra hipótese, mas colocando o utente com o poder da decisão final.

Neste contexto, o estudo de caso foi escolhido de encontro a uma área com a qual me sinto particularmente interessada e que não tenho prática ou conhecimento sobre, pelo que foi fundamental para aprofundar os meus conhecimentos neste tema e desenvolver estratégias a utilizar para com a pessoa vítima de violência doméstica. No início senti-me algo impotente, sem saber onde me dirigir ou o que abordar, no entanto com a orientação clínica, o Modelo de Peplau e o Guia de Violência Interpessoal tentei estabelecer uma relação terapêutica e de confiança com a pessoa, com base em conhecimento e evidência científica. Percebi que este é um processo longo e demorado no que diz respeito à pessoa, sendo que o respeito pelo tempo desta é fundamental para que exista uma intervenção com sucesso, sendo que a decisão final deve e será sempre dela. Ao longo do tempo, o utente ia demonstrando uma oscilação de sentimentos, querendo a nossa ajuda, mas, simultaneamente, esquecendo-se das consultas. No início das consultas aparentava medo e revolta com a situação, com o desenrolar já transmitia segurança e esperança na relação. De acordo com a APAV, no ciclo da violência podemos ter várias fases na vítima, desde a negação, cólera ou raiva, negociação, depressão, transição ou aceitação (Perdigão et al., 2016), o que nos diz que a vítima está numa situação de negociação, em que prevê futuros atos violentos quer para si quer para o bebé, no entanto adota por vezes a postura da fase da negação. Por outro lado, foi debatido com a enfermeira orientadora a

possibilidade de vitimização da utente, em que por norma querem fazer de tudo para que a situação de violência termine, mas mantêm uma dependência física, psicológica e económica que a incentiva a manter a relação, provavelmente tendo como fatores a insegurança em viver sozinha e tornar-se independente, bem como a dependência financeira, os antecedentes de violência na família e a crença de que o companheiro vai mudar o comportamento violento (Perdigão et al., 2016). Com vista ao acompanhamento da situação, tendo em conta que a vítima se encontrava grávida, realizaram-se diligências para comunicar com entidades necessárias para conseguir realizar visitas domiciliárias em contexto de saúde materna, com o objetivo de perceber o contexto da situação, bem como estabelecer contacto com o agressor. De acordo com Perdigão et al. (2016, p.59), “os homens que são perpetradores de violência sobre as companheiras durante a gravidez apresentam uma probabilidade aumentada de cometerem, mesmo, homicídio”. No entanto a situação deixou de ser acompanhada por mim com o término do EC.

O planeamento dos cuidados teve por base a identificação de fatores que influenciam negativamente a situação, compreendendo as preocupações da vítima e indo de encontro às suas necessidades. Apesar disso, não me foi possível manter um acompanhamento individual até ao final do processo, tendo em conta que é necessário que a pessoa tenha *insight* para a sua situação e que compreenda os riscos inerentes, algo que apenas podemos direcionar através de intervenções e visitas domiciliárias mais frequentes. Apesar disso, através das intervenções realizadas, conseguiu-se obter ganhos quanto à notificação de vítima de violência doméstica, ensinamentos sobre a violência doméstica, ensinamentos sobre a preparação para o parto e prevenção de acidentes, e instrução para grupos de apoio e casas de acolhimento.

Por outro lado, acompanhei um caso de uma pessoa idosa, aparentemente com síndrome demencial por diagnosticar, a viver em condições inquietantes, que sendo uma área com a qual me relaciono diariamente a nível profissional, me motivou para unir esforços e acelerar o processo de ajuda a esta pessoa. Algo com que nos deparamos nestes contextos é que, por mais que necessitem ou por mais que queiramos, o processo burocrático torna-se superior a qualquer tentativa de resolução, dificultando o nosso trabalho enquanto profissionais de saúde e a saúde da própria pessoa, que não se percebe doente ou a viver sem condições.

Nestes casos, o planeamento de cuidados passa, acima de tudo, pelo foco na saúde individual e saúde pública, não conseguindo trabalhar enquanto parceiros do cuidado. A equipa era vista como um elemento estranho naquela que era a vida da pessoa e, portanto, sem reconhecer as

necessidades de ajuda. O plano de cuidados não consegue limitar-se aos cuidados autónomos de enfermagem de saúde mental, mas sim ao envolvimento da equipa multidisciplinar e as intervenções necessárias enquanto equipa, nomeadamente através de articulações com Enfermeiro de Família, Médico de Família, Assistente Social, Instituições de Saúde que possam dar resposta, Rede nacional de Cuidados Continuados Integrados e, claro, com a família.

Enquanto criança e/ou adolescente, a identificação de diagnósticos, a definição de objetivos terapêuticos e o planeamento dos cuidados engloba não só a criança e/ou adolescente, mas também a sua família. Ao longo do acompanhamento individual das crianças/adolescentes fui percebendo que a alimentação e o sono são duas grandes áreas a ser abordadas pelo EEESMP, muitas vezes negligenciadas pelos pais ou mesmo pelas crianças/adolescentes, como o deitar-se a horas tardias ou saltar refeições, adormecer com o telemóvel ou comer com o telemóvel, pelo que se torna importante dirigir muitos dos nossos ensinamentos para estes contextos. É essencial no cuidado a esta população manter o foco de atenção nestas áreas, dado que é bastante frequente percecionarmos dificuldades no sono e na alimentação, não tão direcionada à qualidade alimentar, mas sim à relação que a pessoa estabelece com o alimento e as emoções associadas (Dias & Carvalho, 2017).

O contexto familiar e social, a experiência de vida e o dia-a-dia de cada pessoa são fatores importantes que devem constar e que têm peso na elaboração do plano de cuidados familiar. Por outro lado, é essencial o trabalho multidisciplinar e a responsabilidade de intervir nas áreas de atuação autónomas e interdependentes em Enfermagem, com partilha de informações no que diz respeito à família. As visitas domiciliárias são uma ferramenta essencial na elaboração do plano de cuidados e no estabelecimento da relação terapêutica com a família, tendo consciência de todos os fatores que influenciam o dia-a-dia da criança/adolescente e família. A prestação de cuidados ao nível domiciliário pretende atingir níveis de prevenção no âmbito da educação para a saúde, tratamento, reabilitação e reintegração familiar e social, de uma forma holística e numa perspetiva multidisciplinar. É neste contexto que se consegue objetivar a realidade em que a família se insere, adequando a sua intervenção (Ferreira et al., 2020). Normalmente, estas visitas são realizadas pela Assistente Social e pela EEESMP, assumindo um papel importante na identificação de necessidades por parte da família e/ou perceção de situações de risco familiares.

Na elaboração do estudo de caso e planeamento de cuidados senti-me desiludida comigo própria por não conseguir atingir os objetivos a que me propunha. Quando parei, e refleti sobre o

assunto, percebi que não poderia esperar ter uma colheita de dados completa ou vários diagnósticos estabelecidos tendo em conta a duração das entrevistas, a acessibilidade da utente e a minha intervenção. O tempo tornou-se escasso para realizar várias intervenções, sendo que estas eram quinzenais e, inicialmente, a família colocou uma barreira ao cuidado, recusando a ajuda e negando as dificuldades no desenvolvimento da criança, o que se verificou um obstáculo na relação. Neste sentido, num segundo momento com a família, procedeu-se a uma intervenção psicoeducativa com a mãe direcionada à alimentação, sono, brincar, rotina e estimulação, executando apoio emocional e oferecendo material educativo, com vista à capacitação da mãe na intervenção familiar, bem como o aumento do conhecimento sobre as estratégias a utilizar.

Neste caso, a minha intervenção não passou pela criança, dado que ela é seguida pela Terapeuta Ocupacional da equipa, no entanto o meu papel estendeu-se à mãe e à sua capacitação enquanto pessoa de referência da criança e a principal fonte de conhecimento no dia-a-dia da criança, tal como refere Dias e Carvalho (2017, p.67), os cuidados de enfermagem nesta área englobam os pais “não só pela importância que desempenham na vida dos filhos, mas porque constituem uma imprescindível variável na saúde mental dos mesmos” e o grande desafio destes cuidados é transformar os pais em aliados terapêuticos. A separação de intervenções por categoria profissional não me fez sentido inicialmente, no entanto, quanto mais eu instruir e capacitar a mãe, mais benefício terei na criança e no seu desenvolvimento, sendo tão importante o trabalho que é feito com as crianças, como o trabalho que é feito com os pais. Por outro lado, torna-se essencial que demonstremos compreensão pela situação, evitando culpabilizar a família pelas dificuldades dos filhos ou pela incapacidade de cuidar deles, desta forma conseguimos prestar cuidados com base em apoio e escuta ativa (Dias & Carvalho, 2017).

#### **1.2.4. 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**

Na quarta competência específica do EEESMP, o meu foco passa pela utilização dos planos de cuidados e a identificação de problemas reais ou potenciais que me permitam “ajudar o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ ou a adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida” (OE, 2018, p. 21430). As intervenções devem ser individualizadas “através de atividades tais como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar,

assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar”, com vista à recuperação da saúde mental, a reabilitação psicossocial, a educação e o treino em saúde mental (OE, 2018, p. 21430).

As intervenções psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais permitem direcionar o cuidado à pessoa, família, grupo e/ou comunidade com base nas necessidades existentes.

Em contexto de internamento, a realização de intervenções direcionadas aos diagnósticos de enfermagem e à pessoa foram importantes no meu desenvolvimento pessoal e profissional, no que toca à minha perceção de evolução da pessoa com doença mental ao longo do tempo. O planeamento de um treino metacognitivo, adaptado do Treino Metacognitivo para Psicose de Moritz et al. (2017), versão portuguesa, e a sua execução com dois utentes mostrou-me possibilidades infinitas que existem no nosso pensamento e que as intervenções não são lineares, mas sim que devem ser adaptadas e personalizadas. Esta adaptação permite reconhecer novas necessidades e obter resultados e evoluções diferentes de pessoa para pessoa. A participação e a eficácia do treino metacognitivo têm sido altas, com redução significativa dos delírios e melhoria da capacidade de interação social, o que me motivou a utilizar este programa com afinco (Pinho, 2020). O treino metacognitivo complementar à psicofarmacologia são pilares essenciais no controlo das alterações ou distorções de pensamento, auxiliando a pessoa no seu percurso de descoberta, o que foi verificado ao longo das sessões, em que a pessoa evolui não só a nível mental, como a sua postura e fâcias se vão alterando positivamente.

A psicoeducação direcionada aos conceitos, sinais e sintomas e estratégias de prevenção relacionadas com a doença, principalmente em contexto de primeiro internamento, promovem a capacidade de lidar com os eventos *stressores* da doença e permitem uma vivência diária com ela, de uma forma mais natural, através da aceitação do seu estado de saúde. A intervenção psicoeducativa integra uma componente educativa, na qual o enfermeiro no papel de professor, consegue dotar de conhecimentos a pessoa ou grupo sobre o problema ou doença, bem como adotar o papel de suporte (Sequeira & Sampaio, 2020). Neste âmbito desenvolvi uma intervenção psicoeducativa sobre a psicose, direcionada à aceitação do estado de saúde da pessoa de estudo de caso, permitindo-lhe tomar consciência dos sinais e sintomas da doença e de que forma pode lidar com ela diariamente, providenciando-lhe ferramentas para a sua funcionalidade enquanto pessoa com doença mental inserida na sociedade.

Como não vivemos num mundo individual, a integração de intervenções de grupo no plano de cuidados é essencial no combate ao isolamento social e na partilha de experiências e vivências,

dando contributos entre si num tema que lhes é comum. Tal como refere Amaral, que considera que um dos objetivos é exatamente a partilha de sentimentos, ideias, opiniões e experiências entre as pessoas, bem como a descoberta mútua e as interações sociais, levando à promoção da autoestima, estabilidade emocional e o estabelecer relações de suporte (Sequeira & Sampaio, 2020).

O planeamento e a implementação de intervenções especializadas direcionadas ao diagnóstico de ansiedade comprometida, assumiram um papel de relevo no que toca à minha perceção enquanto pessoa e profissional e à evidência científica, no que concerne à ansiedade associada ao internamento em Psiquiatria. Neste sentido, tornou-se logo um dos focos com os quais queria trabalhar, com vista à assistência da pessoa ao longo do seu percurso de internamento em fase aguda da doença, com o objetivo de otimizar o processo doença-saúde, assumindo um papel de professora ao longo das intervenções psicoeducativas desenvolvidas. Neste âmbito realizei uma intervenção psicoeducativa sobre a ansiedade e uma sessão de relaxamento, que permitiram validar a ansiedade presente em contexto de internamento e, simultaneamente, fornecer estratégias que melhorem o estado de ansiedade no internamento, mas também fora deste na vivência em sociedade.

Por outro lado, não só a admissão numa unidade de psiquiatria é difícil, como também a separação e ida para casa, existindo necessidades acrescidas no acompanhamento individual e nas estratégias de adaptação a uma nova realidade, como a gestão do regime terapêutico. O regime terapêutico engloba os tratamentos prescritos gerais, desde a medicação, alimentação, mudanças de estilos de vida e mesmo o acompanhamento médico, e a sua adesão relaciona-se com os comportamentos que vão de encontro às recomendações dos profissionais de saúde. A percentagem da população com doença crónica que adere à terapêutica é de 50% em países desenvolvidos e mais baixa em países em desenvolvimento, o que leva a graves prejuízos ao nível da saúde e da economia (Camarneiro, 2021).

Tendo consciência destes números, o segundo foco de intervenção teve como objetivo a preparação da pessoa para o regresso a casa e a prevenção de novas recaídas. Sendo um tema algo difícil de abordar, numa população que não compreende os benefícios da terapêutica e que tem dificuldades em aceitar a sua doença mental, senti a necessidade de lhes trazer uma dinâmica diferente e criativa que permitisse captar a atenção e estimulá-los na aprendizagem e/ou aceitação do seu estado de saúde. Preparei também uma segunda sessão para ser implementada em grupo, sendo esta direcionada para a preparação e gestão da terapêutica, com

vista à alta com condições seguras, no entanto, verifiquei algum receio e pouca receptividade pelos profissionais de saúde ao permitir-mos este nível de autonomia, não tendo por isso, sido implementada. “A promoção da educação para a saúde e da literacia para a saúde, permitindo a realização de escolhas livres e esclarecidas para a adoção de estilos de vida saudável” (p. 57), bem como “os cuidados de saúde mental devem ser centrados nas pessoas, reconhecendo a sua individualidade, necessidades específicas e nível de autonomia” (p.60), fazem parte das Bases da Lei da Saúde. Ainda seguindo os princípios do Serviço Nacional de Saúde, este tem como princípio a “qualidade, visando prestações de saúde efetivas, seguras e eficientes, com base na evidência, realizadas de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa” (p.61) (Lei n.º 95/2019, da Assembleia da República). Neste âmbito tentei ir de encontro às necessidades da pessoa em internamento com perspetiva de alta programada, através da capacitação para a adesão ao regime terapêutico. Apesar disso, não foi visto como uma prioridade em contexto de internamento, o que se poderá relacionar com a continuidade de cuidados para a área comunitária.

Na comunidade, as intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas desenvolvidas tiveram por base a Saúde Escolar, as consultas de Enfermagem e as visitas domiciliárias realizadas. Abordar temas como a violência na escola, o abuso de substâncias, a violência doméstica ou a doença mental na comunidade e/ou famílias percebe-se difícil pela receptividade muitas vezes inexistente. A Saúde Mental ainda detém alguma desvalorização por parte da população e, neste sentido, estas intervenções devem ter um caráter dinâmico e criativo no que toca à aproximação da realidade às comunidades. As intervenções previamente abordadas neste documento na área da comunidade inserem-se nas intervenções psicoeducacionais e psicoterapêuticas necessárias ao desenvolvimento das minhas competências enquanto EEESMP, na área da promoção da saúde mental e prevenção da doença mental.

Já no âmbito da população infantojuvenil, desenvolvi o planeamento de um Projeto de Intervenção direcionado ao Brincar, no entanto sem capacidade de o poder implementar dado o escasso tempo e recursos inerentes ao serviço. Este projeto tem em conta a evolução significativa da infância, submetida a uma imersão total de tecnologias e, mais tarde, confrontada com a pandemia. Senti que seria um projeto enriquecedor para pais, crianças e para as suas relações familiares, que poderá fazer cumprir o seu propósito, se for implementado.

Por outro lado, a intervenção psicoeducativa realizada em consulta de Enfermagem na realização do estudo de caso, com vista à capacitação do cuidador com conhecimentos e

capacidades, foi essencial para me sentir desafiada, no que diz respeito aos escassos conhecimentos inerentes a famílias com menos capacidades cognitivas (Sequeira & Sampaio, 2020).

Na vertente de Saúde Escolar, tive oportunidade de participar em duas sessões psicoeducativas, promotoras de saúde mental, sobre a própria saúde mental e a sua desmistificação, integrando então o projeto desenvolvido pela ECSM-IA “*Influencers* da Saúde Mental”, que visa a promoção e aumento da literacia em Saúde Mental nos jovens, sendo um projeto que irá acompanhar os jovens desde o 7º ao 9º ano, inclusive. O facto de se ter realizado em duas turmas tão diferentes permitiu-me perceber o quão importante seria se conhecêssemos a realidade das turmas, de forma a permitir uma adequação de conteúdos, nomeadamente numa turma de ensino especial, e adequar a forma de apresentação, tornando-a mais interativa e compreensível.

Nestas intervenções é essencial utilizar estratégias e ferramentas que permitam adequar os cuidados à pessoa/família/grupo, como material interativo ou dinâmicas utilizadas, mas essencialmente utilizar-me como o elo de ligação entre as necessidades da pessoa e os resultados esperados, porque não há melhor forma do que a empatia, a compreensão e a ajuda para estabelecer uma relação terapêutica com ganhos para a saúde. Neste sentido é essencial que eu assuma uma atitude psicoterapêutica, através da escuta ativa e postura adequada, centrar-me nas emoções dos utentes e famílias, não emitir juízos de valor, evitar falar sem intencionalidade terapêutica através da gestão dos silêncios, evitar falar da minha área pessoal, evitar as expressões de “portar-se mal ou bem” ou estratégias punitivas, ter uma grande atenção para com o sofrimento dos pais e ter em atenção os sentimentos de contratransferência que podem estar inerentes nos cuidados (Dias & Carvalho, 2017).

No que diz respeito ao Projeto de Melhoria Contínua dos Cuidados de Enfermagem, a implementação de intervenções psicoterapêuticas permitiu-me desenvolver habilidades e competências na interação com o grupo, na gestão de tempo, na capacidade de organizar a partilha de experiências e na gestão de grupos. Perceber o impacto das minhas intervenções é fundamental no meu desenvolvimento profissional e na validação da minha ajuda para com o outro, mas nem sempre é passível de avaliar mudanças significativas na pessoa. Neste caso em concreto, ao longo dos dias percecionei a utilização das ferramentas e estratégias fornecidas nos profissionais de saúde, o que me motivou a continuar, no entanto rapidamente foi esquecido e verificou-se novamente uma sobrecarga nas relações profissionais neste contexto.

O desenvolvimento de competências nesta área permite-me reconhecer situações a melhorar em futuras prestações de cuidados em contexto académico e em contexto profissional (OE, 2018), nomeadamente na adequação dos conteúdos, no aprofundamento de algumas temáticas que possam suscitar dúvidas, entre outros.

### PARTE III

Na terceira parte deste trabalho, apresenta-se o desenvolvimento do PMCQCE, com o tema da “Sobrecarga e Qualidade de Vida Profissional dos Cuidadores Formais da Pessoa com Demência”, desenvolvido numa unidade em que se acolhe maioritariamente pessoas com défice cognitivo ligeiro ou síndromes demenciais.

Sendo a pessoa com demência, uma pessoa em envelhecimento normal, com a adjuvante de ter um défice cognitivo que evolui gradualmente para a deteiorização mental, prevê-se que os cuidados prestados à pessoa com demência sejam especializados e personalizados. A prestação de cuidados acarreta dificuldades pressentidas pelos cuidadores formais que, muitas vezes, não se apercebem das consequências a nível pessoal.

A sobrecarga ou *stress* experienciados pelos cuidadores formais torna-se real se for devidamente identificada, podendo intervir de forma a evitar complicações e a melhorar o estado de saúde, influenciando a sua qualidade de vida profissional.

Desta forma, através da metodologia do ciclo PDCA (*Plan-Do-Check-Act*) proposta por Pedro Salvada, neste projeto pretende-se identificar e descrever o problema através de documentos oficiais de apoio à Enfermagem, perceber o problema através de dados estatísticos e epidemiológicos, formular objetivos iniciais necessários para o desenvolvimento do projeto, perceber as causas, através dos contributos dos profissionais de saúde da equipa que presta cuidados na unidade e da avaliação de qualidade proposta e, finalmente, planear as atividades com base nos objetivos e indicadores de avaliação.

O projeto tem por base uma revisão bibliográfica com base na plataforma EBSCO e Scielo, através das palavras chave demência, cuidador formal e sobrecarga. Os critérios de inclusão englobam todos os artigos que apresentem as palavras chave, tenham o texto completo em PDF disponível e tenham sido realizados há menos de 10 anos, obtendo um total de 14 artigos. Excluem-se os artigos com acesso privado e que abordem a sobrecarga nos cuidadores informais.

#### **1. IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA**

A unidade de demências permite uma aposta na qualidade do utente, através das suas necessidades pessoais, físicas, psíquicas e morais, através da abordagem multidisciplinar e de proximidade. Desta forma, os cuidados prestados permitem a promoção do bem-estar e da

autonomia da pessoa com demência, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da pessoa e família.

Desta forma, é de esperar que se encontre na instituição profissionais especializados e com formação específica na área para dar resposta à pessoa com demência e às suas características. Os profissionais de saúde que lidam com a pessoa com demência vêm-se com necessidades acrescidas na adoção de estratégias facilitadoras do cuidado, pelo que sentem, na sua maioria, uma sobrecarga associada aos cuidados. Face à adoção de novas estratégias, ocorre uma necessidade estrutural da instituição de ajustar o número de profissionais de saúde perante a complexidade dos cuidados à pessoa com demência, com vista à prevenção de sobrecarga por parte dos cuidadores.

Assim, o projeto centra-se no prestador de cuidados formal (profissionais de saúde), dado que são eles que prestam cuidados à pessoa com demência de uma forma contínua quando estes são encaminhados para a unidade.

A sobrecarga dos cuidadores formais da pessoa com demência, reflete-se no utente, na medida em que existe um prejuízo nos cuidados, quando existe um declínio na saúde mental dos profissionais de saúde. De acordo com os estudos realizados por Cooper et al. (2018), Yan (2014) e Boerkhorst et al. (2008), citados por Bakof et al. (2019), foram encontradas situações de abusos físicos, verbais ou negligência no cuidado à pessoa com demência, quando existem indícios de esgotamento por parte dos profissionais de saúde. Desta forma, as intervenções do EEESMP, dirigidas aos profissionais de saúde, permitem a melhoria da saúde mental destes profissionais cuidadores da pessoa com demência e, conseqüentemente, uma melhoria dos cuidados prestados e ganhos em saúde na pessoa com demência.

O presente trabalho enquadra-se no Enquadramento Concetual e Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, enquanto saúde, que engloba uma representação mental do indivíduo, controlo do sofrimento, bem estar físico e conforto emocional e espiritual; pessoa, nos quais os seus comportamentos são influenciados pelo ambiente no qual vive e se desenvolve; ambiente, que condiciona e influencia os estilos de vida e têm influência no conceito de saúde; e os cuidados de enfermagem, que promove uma relação terapêutica com respeito pelas suas capacidades e valorização do seu papel, desta forma,

prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procurando a adaptação funcional aos défices e a adaptação a

múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente (OE, 2001, p.11).

Por outro lado, o tema abordado enquadra-se no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, no âmbito da “Satisfação do cliente”, em que é elemento importante “o estabelecimento de relação de confiança e de parceria com o cliente no planeamento, implementação e avaliação dos cuidados especializados em saúde mental”, e da “Promoção da Saúde”, em que o EEESMP permite

a promoção de competências, tais como o sentir-se seguro, a autonomia, a adaptabilidade, a capacidade em lidar com *stressores*, criar e manter relações íntimas sustentáveis, a autoconsciência, a autoestima, a preocupação com os outros, a autoconfiança, as competências sociais, a responsabilidade social e a tolerância (OE, 2015, p. 17036).

A sobrecarga por *stress* do cuidador está implícita como foco no que concerne à CIPE ®, remetendo para a definição de *stress*, que se descreve como sendo um “sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente; sentimento de desconforto; (...) sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2018, p.127).

O trabalho enquadra-se ainda no Resumo Mínimo de Dados e Core de Focos de Enfermagem, através do foco tomar conta e do diagnóstico de risco de *stress* e *stress* atual do prestador de cuidados (OE, 2007).

## 2. PERCEBER O PROBLEMA

Na intenção de perceber o problema, este capítulo engloba uma contextualização teórica do que é a demência, fazendo um breve enquadramento dos diferentes tipos de demência e do que a distingue do envelhecimento normal. Faz-se ainda referência à epidemiologia da doença em Portugal e na Europa, os cuidados necessários na prestação direta à pessoa com demência e um breve enquadramento da sobrecarga dos cuidadores formais.

### 2.1. A DEMÊNCIA

As demências são uma das principais causas de incapacidade e dependência na população envelhecida, sendo um conjunto de doenças com causas distintas, mas sintomas e sinais semelhantes. Esta doença cerebral provoca défice cognitivo, perda de autonomia e funcionalidade, de uma forma progressiva. A pessoa com demência perde a sua autonomia e torna-se dependente de terceiros por existir uma deteiorização de funções comandadas pelo cérebro e competências necessárias à realização das atividades de vida diárias (Almeida et al., 2015).

De acordo com o Figueira et al., (2014), a demência é caracterizada como uma deteiorização progressiva das funções cognitivas, na ausência de alteração do estado de consciência, normalmente associando o declínio da memória e um défice de outra função cognitiva. Com o evoluir da doença existe uma perda de autonomia e desempenho profissional, social e pessoal, existindo uma dificuldade acrescida na satisfação das suas necessidades básicas.

Se considerarmos o DSM-5, o termo demência passa a ser substituído por transtorno neurocognitivo, no entanto deve ser mantido o termo anterior em contextos de maior proximidade com o nome (American Psychiatric Association, 2013).

Os critérios de diagnóstico, segundo o DSM-5, passam pela existência de défices cognitivos múltiplos, afetando a memória, e pelo menos um dos sintomas de afasia, apraxia, agnosia ou disfunção executiva; a deteiorização do funcionamento ocupacional e social; e o não surgimento exclusivo da síndrome confusional, visto que este último pode existir em múltiplas doenças. Por outro lado, o CID-10 exige um declínio da memória e uma ou mais funções cognitivas, desde o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a aprendizagem, a linguagem ou o juízo; não apresentam alterações a nível da consciência; acompanha um controlo emocional deteiorizado, comportamento social ou motivação; e existe interferência com as atividades de vida diárias com duração igual ou superior a seis meses (Figueira et al., 2014).

O CID-10 classifica ainda as demências quanto à gravidade do defeito na memória e no pensamento abstrato, podendo ser ligeira, moderada ou grave se apresentar défice correspondente em pelo menos uma destas capacidades. Estes graus definem-se por um exame breve do estado mental ou por uma escala de demência (Figueira et al., 2014).

Com diversas etiologias, podemos ter diferentes tipos de demências que podem ser reversíveis ou irreversíveis. As demências reversíveis remetem-nos para doenças endócrinas, deficiências vitamínicas, infeções, neoplasias, entre outros que, quando identificadas as causas e tratadas precocemente, podem recuperar. Por outro lado, as demências irreversíveis englobam as doenças degenerativas e que não são preveníveis, como a Doença de Alzheimer, a Demência Vascular, Frontotemporal, de Corpos de Lewi e associada ao Parkinson. No caso das demências vascular, alcoólica e associada ao vírus HIV, estas podem ser prevenidas através de estilos de vida adequados, no entanto com a evolução da doença podem ser reversíveis ou não (Almeida et al, 2015; Figueira et al., 2014).

Numa distinção significativa perante o envelhecimento normal ou a presença de uma síndrome demencial, entende-se que o envelhecimento normal passa por uma lentificação do processamento da informação e um esquecimento benigno e ligeiro sem a presença de défice cognitivo (Figueira et al., 2014). A pessoa com síndrome demencial experiencia sintomas mais limitativos no seu quotidiano e no desenvolvimento da sua vida pessoal e social.

Tendo em conta as demências de maior frequência na nossa população, como a Doença de Alzheimer, a Demência Vascular, a Demência de Corpos de Lewy e a Demência frontotemporal, os sintomas podem ser diversificados e próprios de cada pessoa.

A Doença de Alzheimer caracteriza-se pela perda de memória a curto prazo, um défice nas funções executivas e da linguagem, dificuldade nas atividades de vida diárias, desorientação temporoespacial e ainda alterações de personalidade; a Demência vascular apresenta-se como défice de abstração, flexibilidade mental, velocidade do processamento e da memória de trabalho, um declínio cognitivo mais lento e normalmente, ocorre um tempo após um acidente vascular cerebral; a Demência de Corpos de Lewi surge em forma de alucinações visuais, Parkinsonismo, flutuações cognitivas, dificuldade nas funções executivas e visuoespaciais, sintomas psicóticos e alterações da personalidade e do sono; a Demência frontotemporal inclui alterações progressivas de comportamento e personalidade e afasia precoce, pelo que muitas destas pessoas podem passar pela apatia, desinibição, ou agressividade (Figueira et al., 2014).

Com o aumento da esperança média de vida, e sendo o maior fator de risco para esta doença a idade, é de esperar que a população apresente maior probabilidade de desenvolver demência numa população envelhecida.

## 2.2. A DEMÊNCIA NA EUROPA E EM PORTUGAL

Através dos números populacionais disponíveis em 2018, a *Alzheimer Europe* desenvolveu um projeto com vista à atualização de taxas de prevalência e incidência de pessoas com Demência a nível Europeu. Estima ainda o número de pessoas com demência em 2025 e 2050. Com base em estudos publicados em cada país anteriormente, este documento permitiu calcular taxas de prevalência da demência a nível Europeu, desde os 60 anos aos 90+, em que se verifica que o sexo feminino apresenta taxas de prevalência significativamente muito superiores às do sexo masculino, por exemplo, enquanto que a taxa de prevalência nos homens entre os 60 e 64 anos é de 0,2%, nas mulheres é de 0,9%. Se optarmos por não discriminar o sexo, a taxa de prevalência passa a ser de 0,6% entre os 60-64, 1,3% dos 65-69, 3,3% dos 70-74, 8,0% dos 75-79, 12,1% dos 80-84, 21,9% dos 85-89 e 40,8% com idades superiores aos 90 anos. Note-se que não existem estudos com idades inferiores a 60 anos, no entanto tem vindo a existir cada mais casos de demência na fase adulta (*Alzheimer Europe*, 2019).

No que diz respeito à prevalência da Europa de pessoas com demência, a *Alzheimer Europe* estima uma percentagem de 1,73% da população total de residentes em países da união europeia e de 1,57% se incluirmos os países não pertencentes à União Europeia, mas que fazem parte da Europa. Portugal apresenta uma taxa de prevalência de 1,88%, muito superior à média europeia, colocando-se em 4º lugar com taxa de prevalência maior, sendo apenas ultrapassado pela Alemanha, Grécia e Itália.

Em 2025 estima-se que a taxa de prevalência da demência na população portuguesa seja de 2,29% e de 2,00% na União Europeia, já em 2050 os valores passam a ser de 3,82% e 3,28%, respetivamente.

De acordo com esta mesma pesquisa, estima-se que a população portuguesa venha a diminuir até 2025, e uma diminuição significativa até 2050, no entanto o número total de pessoas com demência irá escalar consideravelmente, passando de 193.516 em 2018 para 346.905 em 2050, o que se pode justificar pelo aumento do número de pessoas entre as faixas etárias de 70-85 anos. No caso de Portugal, conseguimos obter dados sobre o número total de pessoas com demência entre os 30 e os 59 anos, que em 2018 seria de 5371 e em 2025 estima-se serem 5009.

Existe uma certa tendência na diminuição das taxas de prevalência para o futuro, o que se pode relacionar com ações estratégicas delineadas nos dias de hoje para combater os fatores de risco associados. Desta forma, a OMS desenvolveu um plano de Ação Global 2017-2025 com vista a planear uma resposta de saúde pública à demência, na qual esta pode ser prevenida e as pessoas com demência e familiares ou cuidadores recebem os cuidados e apoios necessários. Apresenta ainda como objetivo a melhoria da qualidade de vida da pessoa com demência, dos cuidadores e dos familiares, diminuindo o impacto da doença neles, na comunidade e nos países (World Health Organization, 2019).

Para além disso, e para facilitar a implementação do Plano de Ação mencionado anteriormente, a OMS publicou em 2019, o *WHO Guidelines – Risk Reduction of Cognitive Decline and Dementia*, com os objetivos de fornecer recomendações baseadas em evidência científica para retardar ou prevenir o declínio cognitivo e a demência, bem como recomendações para cuidar de pessoas com demência ou declínio cognitivo (World Health Organization, 2019).

### 2.3. OS CUIDADOS À PESSOA COM DEMÊNCIA

Tendo por base os sinais e sintomas mencionados anteriormente e a grande diferença entre uma pessoa em crescente envelhecimento normal e a pessoa com síndrome demencial, entende-se que a pessoa com demência acarreta necessidades especiais e individualizadas perante o tipo de demência, as dificuldades e a história de vida da pessoa. O nível de dependência pode influenciar a prestação de cuidados, no entanto, requer sempre uma atenção, um cuidado e uma intervenção de forma única.

Um dos momentos fundamentais que induz o início do cuidado à pessoa, é o primeiro contacto em que existe a necessidade da apresentação enquanto profissionais de saúde e do espaço que se tornará a casa dos próximos meses ou, por vezes, anos. Desta forma, a informação transmitida e o cuidado na apresentação permitem diminuir o medo e a ansiedade da pessoa institucionalizada.

Segundo o estudo elaborado por Ramos (2017), os profissionais de saúde mencionaram a compreensão, calma, individualização, comunicação, paciência, conhecimento da história de vida e diagnóstico, escuta ativa, ajuda e atitude positiva, como necessários para a atuação profissional enquanto cuidador de pessoas com demência.

A comunicação tem um papel fundamental no cuidado à pessoa com demência, sendo que é uma das maiores armas terapêuticas na relação entre o profissional de saúde e a pessoa. De

acordo com a revisão da literatura existente, podemos considerar estratégias facilitadoras do cuidado ou que afetam negativamente a relação terapêutica. As principais estratégias que influenciam negativamente o cuidado passam pela comunicação que indica desarmonia, síncope e vulnerabilidade, não falar devagar e não repetir o que foi dito, não dar tempo à pessoa para responder, não pedir esclarecimento e mudar para a questão/assunto seguinte, usar linguagem de forma inapropriada que leva a incompreensão, comunicar na forma de ordens e controlo, e comunicar de forma infantilizada (Delfino & Cachioni, 2016).

Neste sentido, espera-se que as estratégias utilizadas na comunicação passem pelo fornecer uma direção/ideia, realizar perguntas fechadas de sim/não, parafrasear a repetição, dar comandos sequencias e esclarecedores, repetir as frases da mesma maneira, usar frases simples, um padrão comunicativo harmonioso, espontâneo e recíproco, chamar a pessoa pelo nome e prestar apoio completo, comunicar com base na personalidade da pessoa (história de vida, valores e preferências pessoais) (Delfino & Cachioni, 2016).

Relativamente aos cuidados, algumas estratégias facilitadoras da compreensão da pessoa com demência para as atividades diárias passam por, numa fase inicial da demência, deixar o idoso fazer sozinho as atividades, repetir, tentar descobrir o significado, redirecionar ou alterar a atividade. Numa fase intermédia da demência, pretende-se que o profissional de saúde deixe a pessoa fazer sozinha as atividades, e numa fase mais avançada espera-se que o cuidador fale mais devagar, clarifique o que a pessoa está a dizer e mostre o que se pretende transmitir (Delfino & Cachioni, 2016).

Como seria de esperar, as estratégias utilizadas numa fase inicial da demência, depressa são adaptadas à fase final da demência, tendo em conta que a pessoa com demência apresenta um declínio cognitivo em toda a sua evolução, apresentando necessidades diferentes.

A comunicação torna-se aliada da relação terapêutica no cuidado à pessoa com demência, muitas vezes sendo ela associada à psicopatologia através de sintomas característicos e já denominados de sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD). Estes sintomas são perturbadores para a pessoa que os vive como para os cuidadores, sejam formais ou informais.

Os SCPD classificam-se em psiquiátricos, comportamentais ou alterações do sono. Os psiquiátricos englobam a ansiedade, fobias, labilidade emocional, sintomas depressivos, irritabilidade, indiferença, delírios e alucinações. Os comportamentais incluem apatia,

agressividade, agitação, impulsividade, fugas, desinibição e deambulação. Nas alterações de sono inclui-se a insônia, a hipersônia e a inversão do ritmo circadiano (Figueira et al., 2014).

Com base nestes sintomas característicos numa grande maioria das síndromes demenciais, sabendo que existe uma prevalência elevada, é de esperar uma necessidade acrescida na adaptação dos cuidados à pessoa com demência comparativamente com a pessoa em envelhecimento normal.

A abordagem terapêutica perante a pessoa com demência com SCPD é complexa e deve ser feito num conjunto de intervenções/abordagens. Não obstante a qualquer tipo de terapia medicamentosa, privilegia-se sempre as medidas não farmacológicas, como as estratégias comportamentais. Aqui insere-se a necessidade da existência de profissionais capacitados e qualificados, como o EEESMP, para a intervenção personalizada na pessoa com demência, como por exemplo a psicoterapia, musicoterapia, aromaterapia, terapia ocupacional e treino com animais (Firmino et al., 2016).

No cuidado à pessoa com demência, as maiores dificuldades sentidas na prática profissional passam pelos sintomas comportamentais da pessoa com demência, especificamente a gestão de crises de agitação e agressividade, a comunicação e interação com a pessoa idosa, a prestação de cuidados de higiene e a alimentação (Ramos, 2017).

Quando prestamos cuidados à pessoa com demência, espera-se que as nossas intervenções possam promover ou manter a autonomia, melhorar a função cognitiva ou evitar agravamentos, melhorar o estado de saúde em geral, estimular as capacidades cognitivas, manter a interação com o meio, estimular a identidade pessoal e a autoestima e minimizar o *stress* (Sequeira, 2018).

Fazendo a ponte entre os sintomas psicopatológicos existentes na pessoa com demência e os objetivos das intervenções mencionados, percebe-se que existe uma dificuldade acrescida no cuidado à pessoa. No caso de uma pessoa em processo de envelhecimento normal, as suas limitações passam pela dependência física, enquanto que no processo de demência a dependência é, não só física como também mental.

#### 2.4. A SOBRECARGA DOS CUIDADORES FORMAIS DA PESSOA COM DEMÊNCIA

No decorrer da pesquisa percebe-se que existem imensos estudos direcionados para a sobrecarga dos cuidadores informais da pessoa com demência, no entanto torna-se difícil encontrar fundamentação teórica quando se aborda a sobrecarga dos cuidadores formais para esta população.

A sobrecarga por *stress*, descendente do *stress*, é definida pela CIPE® 2018 como um sentimento de pressão e ansiedade que incapacita a pessoa no seu funcionamento físico e mental, ou um sentimento de desconforto associado a experiências desagradáveis ou a sensação de estar física e mentalmente cansado.

A sobrecarga dos profissionais de saúde é notória tendo em conta que lidam diariamente com pessoas, que por si só acarretam personalidades e dificuldades diferentes. No entanto, os cuidadores formais da pessoa com demência apresentam níveis de sobrecarga superiores, dada a complexidade do processo do cuidar da pessoa com demência. Esta sobrecarga pode englobar problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros. A diminuição da capacidade da pessoa com demência de executar tarefas e atividades de vida diárias, incluindo a locomoção, alimentação e higiene, influencia na necessidade de maior atenção e maior esforço físico e mental no cuidado à pessoa (Bakof et al., 2019).

Os cuidadores formais lidam diariamente com uma bifurcação de necessidades, quer seja pelo facto de ajudarem a pessoa com demência na realização das suas atividades de vida diária, quer seja pelo facto de incentivarem a pessoa a fazer por ela própria, tornando-se numa repetição diária de informação a ser transmitida, levando ao esgotamento físico e mental.

Na perspetiva de enquadramento teórico e adaptação da literatura existente, este trabalho engloba a sobrecarga do profissional de saúde, com recurso a estudos elaborados em contexto de sobrecarga e/ou *burnout*. O *burnout* e a sobrecarga apresentam-se como similares, sendo que a nível de literatura, o *burnout* é avaliado em contexto de cuidadores formais e a sobrecarga em contexto de cuidadores informais, no entanto existem estudos que os relacionam de forma significativa, concluindo-se que quanto maior o nível de sobrecarga geral, maior é o nível de *burnout* percecionado pelo cuidador formal, e quanto maior o *burnout* experienciado pela pessoa, maior a sobrecarga relacionada com a prestação de cuidados (Martins, 2016; Gregório, 2015).

Segundo o estudo Bakof et al., (2019), em que é realizada uma revisão integrativa da literatura com base em estudos desenvolvidos mundialmente, para avaliação dos níveis de *burnout* nos cuidadores de idosos com demência, os dados recolhidos alcançam percentagens elevadas. Tendo em consideração os nove estudos avaliados nesta revisão, a taxa de prevalência de *burnout* em cuidadores formais da pessoa com demência, em pelo menos dois estudos, foi superior a 50%, o que indica a relação entre o ato de cuidar da pessoa com demência com níveis

mais elevados de sobrecarga/stress, bem como quanto maior a debilidade e duração da doença, maior a sobrecarga/stress.

O *burnout* em cuidadores formais está diretamente relacionado com negligência no cuidado à pessoa com demência, quer seja físico quer seja verbal, assumindo um papel da despersonalização do *burnout*, uma fase caracterizada pela frieza emocional e insensibilidade. A negligência por parte dos cuidadores formais, mesmo que não intencionalmente, leva a complicações físicas e emocionais na pessoa com demência, por vezes incuráveis (Bakof et al., 2019).

A qualidade de vida pessoal e profissional e menores índices de *burnout* está ainda relacionado com o ambiente de trabalho, nomeadamente a equipa profissional e o apoio, o que é dificultado pela grande rotatividade de elementos no seio de uma equipa profissional.

Segundo o estudo de Pereira e Marques (2014) existe uma incidência de 45% de cansaço psicológico nos cuidadores formais de idosos e 42,5% de cansaço físico, e relativamente à ansiedade, 55% apresentam ansiedade sem serem casos clínicos. Quando se aborda as dificuldades dos cuidadores na prestação de cuidados, 72,5% apresenta dificuldade na deambulação com a pessoa idosa, 62,5% apresenta dificuldade na alimentação, 57,5% nos cuidados de higiene, 60% na comunicação e 67,5% com alterações emocionais. Este estudo permitiu relacionar os altos níveis de ansiedade e o elevado cansaço físico e psicológico com o aumento das dificuldades na prestação de cuidados.

No estudo de Gregório (2015), relativamente ao *burnout* dos cuidadores formais, 27,5% demonstraram *burnout* pessoal, 35% *burnout* relacionado com o trabalho e 15% relacionado com o utente. Já de acordo com a sobrecarga percecionada pelo cuidador, 27,5% identificam-se com sobrecarga ligeira e 22,5% com sobrecarga mais severa. Existe ainda uma relação significativa relacionando o *burnout* com a sobrecarga dos cuidadores formais, quanto maior a experiência de *burnout*, maior a sobrecarga.

Através de alguns estudos, perceciona-se uma relação entre a idade ou os anos de serviço dos cuidadores formais com o nível de sobrecarga ou *burnout*. Os cuidadores com menos anos de serviço tendem a experienciar níveis mais elevados de *burnout* e sobrecarga, relacionado com o ambiente laboral e a interação com os utentes (Gregório, 2015).

### 3. OBJETIVOS INICIAIS

Perante o enquadramento teórico da demência, dos cuidados à pessoa com demência e das dificuldades sentidas pelos cuidadores formais da pessoa com demência, espera-se que este projeto dê resposta a objetivos devidamente formulados com base no critério SMART - *Specific* (Específico), *Measurable* (Mensurável), *Achievable* (Alcançável), *Realistic* (Realista) e *Time based* (Temporal). Desta forma propõem-se os seguintes objetivos:

- Identificar as principais causas de sobrecarga nos cuidadores formais da pessoa com demência;
- Avaliar a perceção de sobrecarga dos cuidadores formais da pessoa com demência;
- Avaliar a qualidade de vida profissional dos cuidadores formais;
- Reduzir o nível de sobrecarga percecionada pelos cuidadores formais;
- Promover a qualidade de vida profissional dos cuidadores formais;
- Avaliar o contributo do programa na qualidade de vida profissional dos cuidadores formais a médio/longo prazo.

#### 4. PERCEBER AS CAUSAS DA SOBRECARGA

Neste capítulo pretende-se enquadrar as causas percebidas pelos cuidadores formais, bem como refletir sobre as mesmas. Engloba-se ainda a avaliação da qualidade do projeto através da *check-list* de Healthier Palmer.

##### 4.1. ENQUADRAMENTO DAS CAUSAS DA SOBRECARGA

Numa perspetiva de Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, espera-se que, para o problema identificado de sobrecarga nos cuidadores formais da pessoa com demência, se identifiquem causas prováveis para a existência do problema.

Apesar de encontrarmos diversas causas já previamente identificadas na literatura, enquanto unidade de demências enquadram-se as causas mais prováveis do problema, identificadas com a colaboração dos profissionais de saúde que diariamente trabalham na instituição. Desta forma, adota-se a estratégia da sessão de *brainstorming*, enquanto ferramenta inicialmente definida pelo uso do cérebro para atacar um problema e, mais recentemente, uma tentativa de um grupo resolver problemas específicos ou desenvolver novas ideias através dos contributos de todos os membros da equipa.

A equipa de profissionais de saúde da unidade considera que, as grandes causas mais influenciadoras da sobrecarga dos cuidadores formais da pessoa com demência, passam pela equipa, tempo, conhecimento, gestão de conflitos, internamento/pessoa e os familiares.

Enquanto equipa, encontramos pontos essenciais as próprias características da equipa ou dos elementos da equipa, a motivação dos profissionais no seu dia-a-dia e o rácio, quer seja de auxiliares de ação médica, quer seja de enfermeiros. Enquanto características da equipa, a idade e os anos de serviço na instituição influenciam a sobrecarga percebida pelo cuidador, quanto mais anos de serviço menor a experiência de sobrecarga, quanto menos anos de serviço maiores são os níveis de *burnout* e de sobrecarga experienciados (Gregório, 2015). As relações que se estabelecem entre a equipa consideram-se importantes para o “ambiente organizacional, para a satisfação sentida no trabalho, para a qualidade dos cuidados prestados aos idosos e para a colaboração” (Martins, 2016).

Por outro lado, o Regulamento n.º 743/2019 preconiza a necessidade da implementação de cálculos de dotação de enfermeiros nas unidades, com vista a índices de segurança e qualidade dos cuidados de saúde, permitindo a adequação dos recursos humanos face às necessidades da população a quem se presta cuidados (OE, 2019).

No que diz respeito ao tempo, este remete-nos novamente para o rácio e para a complexidade dos cuidados. Prestar cuidados à pessoa com demência engloba toda uma capacidade de gestão de emoções, de comportamentos e de comunicação. A maioria das pessoas internadas necessita que as intervenções de enfermagem sejam realizadas com tempo, tendo em conta que, ao promovermos a autonomia, necessitamos de explicar as nossas intenções, explicar as tarefas a serem desenvolvidas, e repetir de forma clara e precisa, uma e outra vez, com vista à perceção da pessoa com demência e à execução de tarefas. Tendo em conta as características da pessoa com demência nas várias fases, espera-se que as horas de cuidados individuais sejam adaptadas à pessoa e aos défices cognitivos que apresentam.

Apesar de uma grande maioria dos cuidadores ter formação académica, não podemos generalizar. O conhecimento necessário para cuidar da pessoa com demência está longe de ser geral. Não basta que os nossos cuidados sejam prestados enquanto substitutos da pessoa, mas sim como parceiros no cuidado e, desta forma, a formação para com as demências torna-se essencial para todos os elementos. A demência não pode ser generalizada e o tipo de demência, a fase da doença e os sintomas que a completam são obstáculos ao cuidado prestado se não existir capacidade para atuar perante as diferentes especificidades. Os cuidadores formais com formação superior apresentam valores superiores na qualidade de vida face aos que não apresentam formação superior (Gregório, 2015), o que nos remete para a importância da formação enquanto prestadores diretos do cuidado à pessoa e gestão dos desafios diários. Para além disso, vários estudos reportam que as maiores dificuldades sentidas pelos cuidadores passam pela comunicação e interação e o conhecimento perante os SPCD, de forma a dar uma resposta positiva (Loureiro, 2016; Gregório, 2015).

A gestão de conflitos considera não só conflitos na equipa, como também com os utentes, o que se verifica principalmente se existirem internamentos de pessoas sem défice cognitivo. De acordo com Martins (2016), os cuidadores de idosos consideram que existem situações desagradáveis com os idosos, principalmente associados ao descontentamento da institucionalização, à sintomatologia associada a demências ou às características individuais, muitas vezes refletindo o sofrimento do idoso no bem-estar psicológico do cuidador. A falta de experiência, as estratégias utilizadas e o conhecimento devem ser melhorados com vista à obtenção de soluções rápidas e eficazes quando estamos perante um conflito

Por outro lado, o internamento a que a pessoa está sujeita influencia através do tempo que permanece na unidade e o tipo de internamento. Existem inúmeros utentes que permanecem

mais tempo do que o esperado, o que pode levar à comodidade perante o cuidado à mesma pessoa e, simultaneamente, dificuldades quando surgem mudanças de novos utentes. Perante o internamento existe ainda uma incompreensão por parte da pessoa internada, não existindo competências na equipa para gerir as emoções criadas.

No que diz respeito aos familiares, percebemos que existe incompreensão ou negação perante o familiar que vivencia a demência, tornando a comunicação desafiadora e, neste sentido, depositam expectativas altas nos cuidados prestados e na evolução do seu familiar, esperando que ele volte a reconhecer os familiares ou que volte a casa pelo próprio pé. Através destes desafios, e tal como mencionado anteriormente com o utente, a gestão de emoções é difícil. Também o estudo de Martins (2016) reconhece que o confronto com situações de abandono e desresponsabilização dos idosos causam revolta para os cuidadores.

No contexto da gestão de emoções, quer seja por parte do cuidador, da pessoa com demência ou do familiar, o EEESMP é detentor de competências que permitem a implementação de intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, a compreensão e a gestão efetiva dos problemas relacionados com a doença (OE, 2018).

Por outro lado, e face às causas identificadas pelos colaboradores, bem como às causas encontradas na literatura, o Diagrama de Ishikawa, Causa-Efeito ou Espinha de Peixe permite organizar o raciocínio e estruturar as causas que desencadeiam o problema, que se encontra na figura 1 seguinte.

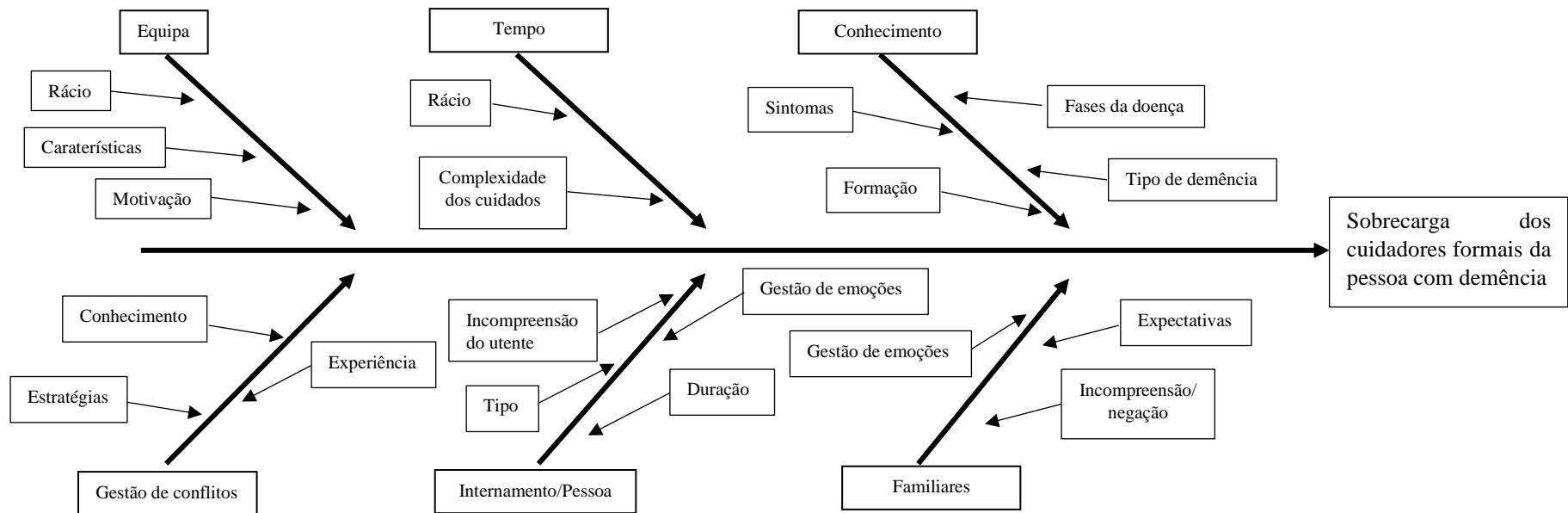


Figura 1 - Diagrama de Ishikawa

#### 4.2. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE HEALTHER PALMER

Após um breve esclarecimento das causas do problema identificado percebidas com base na literatura e na opinião dos profissionais de saúde que lidam diariamente com a pessoa com demência, procede-se à avaliação da qualidade do estudo com base na *Check-List* de Healthier Palmer:

- Identificação da(s) dimensão(s) em estudo:
  - Eficácia – melhoria da qualidade de vida profissional face a resultados iniciais;
  - Eficiência – número mínimo de sessões de formação em serviço e de intervenções psicoeducacionais e psicoterapêuticas para obter melhores resultados; capacidade de alargar o projeto a outras instituições de saúde.
  - Efetividade – número mínimo de intervenções especializadas necessárias para melhorar a qualidade de vida profissional dos cuidadores formais;
  - Adequação Técnico-Científica – intervenções específicas do EEESMP, com base no Regulamento das Competências do EEESMP (sessões de formação em serviço, sessões psicoeducacionais e sessões psicoterapêuticas);
  - Satisfação/Aceitabilidade – aumento da qualidade de vida e satisfação profissional após a implementação das intervenções face à avaliação inicial;
  - Acessibilidade – existência de espaços físicos adequados à implementação das intervenções, com as dificuldades da disponibilidade demonstrada pelos cuidadores formais, quer seja por trabalharem por turnos quer seja por ordem emocional;
  - Equidade – projeto direcionado a todos os cuidadores formais: enfermeiros, auxiliares de ação médica ou outras áreas que demonstrem interesse.
- Unidades de Estudo:
  - Utilizadores incluídos no estudo: todos os cuidadores formais (enfermeiros, auxiliares de ação médica e outras áreas que demonstrem interesse) da pessoa com demência, que exercem funções na unidade;
  - Profissionais: Estudante de Mestrado em ESMP;
  - Período de tempo: abril de 2022 a fevereiro de 2023.
- Tipo de dados:
  - Estrutura – características dos utilizadores através do questionário sociodemográfico inicial e escala PROQOL5, espaço físico adequado,

- disponibilidade temporal, número de participantes e satisfação dos cuidadores formais;
- Processo – adesão ao projeto, número de participantes, taxa de abandono, conclusão do projeto;
  - Resultado – melhoria da qualidade de vida profissional dos cuidadores formais;
  - Epidemiológicos – prevalência da sobrecarga nos cuidadores formais, prevalência de cuidadores formais com baixa qualidade de vida profissional.
- Fonte dos dados:
    - Questionário sociodemográfico, questionário de resposta fechada e escala PROQOL5
  - Tipo de avaliação:
    - Avaliação interna, como autoavaliação da implementação das intervenções e interpares através de inquéritos de satisfação.
  - Critérios de avaliação:
    - ⊖ Critérios implícitos – aplicação do questionário sociodemográfico e da escala PROQOL5 a todos os cuidadores formais da pessoa com demência, excluem-se os que recusam responder aos formulários e/ou recusem participar nas intervenções planeadas;
    - Critérios explícitos – não se verificam.
    - Condições – mensuráveis através da escala PROQOL5 e de inquéritos de satisfação; adaptado ao local em sala específica para o desenvolvimento das sessões; priorizados de acordo com as necessidades demonstradas na fase inicial; baseado em evidência científica.
    - a avaliação é realizada com base em critérios implícitos, seja com base nos indicadores de qualidade, seja pelos questionários de satisfação.
  - Quem colhe os dados e como:
    - Estudante de Mestrado em ESMP através dos questionários e escalas.
  - Relação temporal:
    - Prospetiva – desde o início do projeto até à sua conclusão.
  - Definição da população e seleção da amostra:
    - Base institucional e a amostra é seletiva, dado que se considera todos os profissionais de saúde que prestam cuidados diretos à pessoa com demência e que exercem funções na unidade.

- Quais as medidas corretivas passíveis de ser usadas:
  - Medidas educacionais – através de intervenções que capacitam o cuidador formal a obter conhecimentos e competências para a redução/minimização do problema.
  - Medidas estruturais – aumento do número de profissionais de saúde.

De referir que, a execução e implementação deste PMCQCE, apenas é possível de cumprir se existir um EEESMP.

## 5. PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS/ATIVIDADES

A perspetiva da melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem, no cuidado à pessoa com demência, passa pela satisfação e qualidade de vida profissional dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado. Com base no Modelo Teórico de Betty Neuman, que pressupõe a interação entre vários sistemas, o cuidador formal é visto como um sistema aberto em constante interação com outros sistemas que o rodeiam. Estes sistemas externos incluem o seio familiar, social ou profissional e estão em constante interação com o cuidador formal, podendo influenciar a homeostasia do sistema. O cuidador enquanto sistema apresenta linhas de defesa normais, representando a estabilidade dele, e linhas de resistência que englobam várias linhas de defesa flexível, que permitem impedir os *stressores* de destabilizar o seu bem-estar. Os *stressores* definem-se como estímulos produtores de tensão, podendo ser intrapessoais, interpessoais ou extrapessoais, levando ao aumento da sobrecarga e diminuição da satisfação profissional dos cuidadores formais (Tomey & Alligood, 2004).

Numa perspetiva de início do projeto, pretende-se dar a conhecer os objetivos do projeto de melhoria contínua, sendo que todos os participantes devem assinar um consentimento informado e esclarecido para que se possa iniciar a sua implementação.

Com vista ao planeamento das tarefas/atividades do projeto de melhoria, procede-se ao enquadramento das tarefas para cada objetivo específico já estabelecido previamente, considerando os indicadores de resultado e de satisfação necessários para a avaliação da evolução do problema. Desta forma, apresenta-se de seguida a sua descrição:

Objetivo geral:

- Reduzir a sobrecarga percebida pelos cuidadores formais da pessoa com demência e aumentar a qualidade de vida profissional.

Objetivos específicos:

- Identificar as principais causas de sobrecarga nos cuidadores formais da pessoa com demência;

**Atividade:** *brainstorming* com os cuidadores formais da pessoa com demência e elaboração do Diagrama de Ishikawa.

- Caracterizar a amostra populacional do estudo que presta cuidados à pessoa com demência;

**Atividade:** Aplicação de um questionário sociodemográfico aos participantes.

- Avaliar a perceção de sobrecarga dos cuidadores formais da pessoa com demência;

**Atividade:** Aplicação de três questões fechadas aos participantes

- Avaliar a qualidade de vida profissional dos cuidadores formais;

**Atividade:** Aplicação da escala de PROQOL5 no início e no final do programa, devidamente autorizada.

- Reduzir o nível de sobrecarga percebida pelos cuidadores formais;

**Atividade:** Desenvolver e realizar programa de intervenção estruturado com uma sessão de formação em serviço e quatro sessões psicoterapêuticas.

- Promover a qualidade de vida profissional dos cuidadores formais;

**Atividade:** Desenvolver e realizar programa de intervenção estruturado com uma sessão de formação em serviço e quatro sessões psicoterapêuticas.

- Avaliar o contributo do programa na qualidade de vida profissional dos cuidadores formais a médio/longo prazo;

**Atividade:** Aplicar a escala PROQOL5 aos participantes, seis meses após o término do programa.

No final do programa, para além da aplicação da escala PROQOL5 novamente, solicita-se o contributo dos participantes no preenchimento de um questionário de avaliação do programa.

Neste contexto, estabelece-se indicadores de qualidade para avaliação do contributo deste projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, tais como:

- **Indicador de estrutura:** Interesse e participação dos cuidadores formais no projeto

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores formais que participam no programa}}{\text{N}^\circ \text{ total de cuidadores formais}} \times 100$$

- **Indicador de processo:** conclusão do processo e taxa de abandono

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ intervenções especializadas realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ intervenções especializadas programadas no programa}} \times 100$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ cuidadores formais participantes no final do programa}}{\text{N}^\circ \text{ cuidadores formais participantes no início do programa}} \times 100$$

- **Indicador de resultado:** Modificações positivas na evolução da qualidade de vida profissional do cuidador formal

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores formais com aumento da qualidade de vida profissional na prestação de cuidados, após intervenção especializada, num dado período}}{\text{N}^\circ \text{ total de cuidadores formais com baixa qualidade de vida profissional no mesmo período}} \times 100$$

- **Indicador epidemiológico:** taxa de prevalência de cuidadores formais da pessoa com demência sem qualidade de vida profissional

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores formais sem qualidade de vida profissional num dado período}}{\text{N}^\circ \text{ total de cuidadores formais no mesmo período}} \times 100$$

Sendo este projeto desenvolvido de forma contínua e com o objetivo de estruturar o seu desenvolvimento, apresenta-se de seguida um cronograma de atividades (Figura 2):

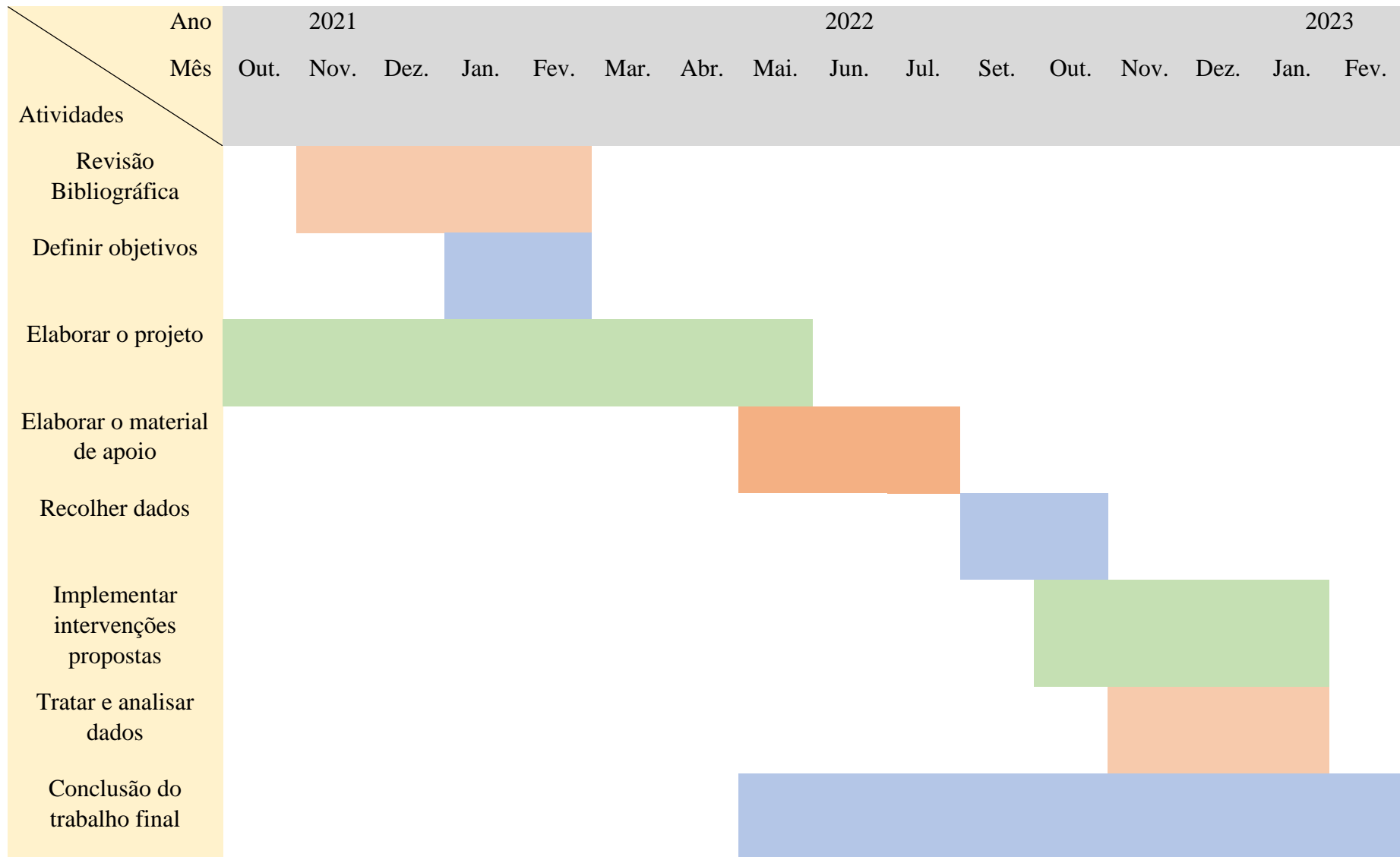


Figura 2 - Cronograma de Atividades

## 6. VERIFICAR OS RESULTADOS

A verificação dos resultados tem por base o término do PMCQCE, através da implementação das tarefas preconizadas. Através dos resultados obtidos antes da implementação do programa de intervenção e dos resultados obtidos após a sua implementação, realiza-se uma análise estatística e a monitorização dos indicadores propostos.

A análise e a reflexão crítica dos dados obtidos permitem validar a concretização dos objetivos propostos e perceber o papel do EEESMP na melhoria contínua dos cuidados prestados à pessoa.

Os dados foram tratados com recurso ao *software* IBM SPSS *Statistics* 28.0, incluindo dados sociodemográficos, três questões fechadas direcionadas à perceção da sobrecarga dos cuidadores formais e a escala PROQOL5. Procedeu-se à análise univariada dos dados sociodemográficos através de Estatística descritiva e, neste sentido, obtiveram-se o número de participantes (n), a percentagem (%), o mínimo (Min), o máximo (Máx), a média (M) e o desvio padrão (Dp).

Relativamente à caracterização da amostra inicial, responderam aos questionários 31 pessoas, em que 2 são do género masculino e 29 são do género feminino, o que corresponde a 6,5% e 93,5% respetivamente. Relativamente às idades dos participantes, obtive uma amostra com uma média de 36,74 anos, variando de um mínimo de 22 anos a 60 anos.

No que diz respeito ao estado civil, as opções existentes nesta amostra passam pelo casado/união de facto, solteiro(a) e divorciado(a), em que podemos verificar que apenas existe uma pessoa divorciada, sendo que metade dos participantes são casados/unidos de facto e metade são solteiros.

Nas tabelas 1 e 2 podemos verificar a nível de escolaridade, a maioria (51,6%) tem a licenciatura, 29,6% cumpriu o Ensino Secundário, 6,5% tem o 3<sup>a</sup> Ciclo, 6,5% tem o 2<sup>o</sup> Ciclo e apenas 3,2% tem Mestrado. Relaciona-se diretamente com as profissões exercidas pelos profissionais de saúde, em que 45,2% são auxiliares de ação médica, 32,3% são enfermeiros, 6,5 são fisioterapeutas, 3,2% são terapeutas ocupacionais, 3,2% são psicólogos e 9,7% correspondem a outro, nomeadamente à profissão de Terapia da Fala (n=1) e animadoras (n=2).

Tabela 1 - Grau de escolaridade dos participantes

		n	%
<b>Grau de escolaridade</b>	2º Ciclo Ensino Básico (5/6º Ano)	2	6,5
	3º Ciclo do Ensino Básico (7º ao 9º Ano)	2	6,5
	Ensino Secundário	9	29,0
	Licenciatura	16	51,6
	Mestrado	1	3,2
	Outro	1	3,2
	<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>

Tabela 2 - Profissão exercida pelos participantes

		n	%
<b>Profissão exercida</b>	Enfermeiro	10	32,3
	Auxiliar de Ação Médica	14	45,2
	Fisioterapeuta	2	6,5
	Terapeuta Ocupacional	1	3,2
	Psicólogo	1	3,2
	Outro	3	9,7
	<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>

Relativamente aos anos de trabalho na instituição, estes variam de 0 a 9 anos, considerando que existe uma média de 4,84 anos de trabalho. No que diz respeito à carga horária semanal e ao tipo de horário exercido, a maioria (51,6%) trabalha 40 horas semanais, 29% trabalha 35 horas semanais e 19,4% varia na carga horária, podendo ser 37,5 horas semanais ou 20 horas semanais. Apenas 25,8% trabalha com horário rotativo os restantes têm horário fixo, o que se relaciona diretamente com o facto de a classe profissional de Enfermagem ser a única que trabalha por turnos e dois dos Enfermeiros apresentam cargos de chefia, o que lhes confere horário fixo. Assumindo a reduzida carga horária ou o trabalho por turnos, 12,9% (n=4) exercem funções noutras instituições de saúde.

De acordo com a formação na área das demências, cerca de 58,1% já teve formação na área. Quando questionados sobre se “Já pensou em mudar de profissão?” e “Já pensou em mudar de instituição?”, 45,2% e 41,9% responderam que sim, respetivamente a cada pergunta.

Tendo em conta, a inexistência de escalas de sobrecarga validadas para a população portuguesa e direcionadas aos cuidadores formais, procedi à realização de três questões de resposta fechada, nomeadamente “Sente-se esgotado quando tem de estar junto dos seus utentes?”, “Considera que poderia cuidar melhor dos seus utentes?” e “Em geral, sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar dos seus utentes?”. Na análise dos dados, verifica-se que a

maioria dos participantes considera que se sente esgotado às vezes (51,6%) e 9,7% considera que se sente esgotado muitas vezes (Tabela 3).

Tabela 3 - Resposta dos participantes à questão 1

		n	%
Sente-se esgotado quando tem de estar junto dos seus utentes?	Nunca	4	12,9
	Quase nunca	8	25,8
	Às vezes	16	51,6
	Muitas vezes	3	9,7
	Total	31	100,0

Quando questionados sobre se poderiam cuidar melhor dos utentes, 58,1% da amostra diz que às vezes, 32,3% refere que muitas vezes o considera e 3,2% quase sempre, demonstrando que têm a perceção de conseguir prestar melhores cuidados, mas que não o fazem com alguma frequência (Tabela 4).

Tabela 4 - Resposta dos participantes à questão 2

		n	%
Considera que poderia cuidar melhor dos seus utentes?	Nunca	1	3,2
	Quase nunca	1	3,2
	Às vezes	18	58,1
	Muitas vezes	10	32,3
	Quase sempre	1	3,2
	Total	31	100,0

Na última questão, em que se pretende perceber o sentimento de sobrecarga junto às pessoas de quem prestam cuidados, a grande maioria (45,2%) percebe sobrecarga às vezes e 19,4% considera que o sente muitas vezes. Apenas 9,75% considera que nunca se sente sobrecarregado e 25,8% refere quase nunca (Tabela 5).

Tabela 5 - Resposta dos participantes à questão 3

		n	%
Em geral, sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar dos seus utentes?	Nunca	3	9,7
	Quase nunca	8	25,8
	Às vezes	14	45,2
	Muitas vezes	6	19,4
	Total	31	100,0

Dando por terminada a análise dos dados sociodemográficos, analisamos de seguida os resultados obtidos através da Escala PROQOL que permite avaliar a Qualidade de Vida Profissional, considerando três subescalas de Satisfação por Compaixão, *Burnout* e Trauma

Secundário a *Stress*. A Qualidade de Vida Profissional incorpora a Satisfação por Compaixão e a Fadiga por Compaixão, que por sua vez, assenta no *Burnout* e no Trauma Secundário ao *Stress*. Estes aspetos negativos podem afetar a pessoa, a família e as pessoas à sua volta, bem como interferir no cuidado à pessoa e na instituição em que desenvolve funções (Stamm, 2010).

Considerando a Escala PROQOL5, a subescala de Satisfação por compaixão diz respeito à satisfação que se consegue obter por fazer bem o trabalho, seja através da ajuda ao outro, através da relação com os colegas, a capacidade em contribuir para um bom ambiente de trabalho ou mesmo ou por um bem maior. Neste sentido, pontuações elevadas nesta subescala relacionam-se com uma maior satisfação de ser cuidador no trabalho, pontuações mais baixas demonstram problemas com o trabalho ou outras atividades. Assim, os autores defendem que valores inferiores ou iguais a 22 dizem respeito a um baixo grau de satisfação, entre 23 e 41 dizem respeito a grau moderado de satisfação e superior a 42, considera-se um grau elevado de satisfação laboral (Stamm, 2010).

Analisando a Tabela 6, correspondente à Satisfação por Compaixão dos participantes, antes de qualquer intervenção, verifica-se que não existem participantes com satisfação reduzida, mas que apenas 19,3% da amostra apresentam alto nível de satisfação laboral, e os restantes 80,6% apresentam satisfação em nível moderado.

Tabela 6 - Satisfação por Compaixão Inicial

		n	%	% válida	% acumulativa
Satisfação por Compaixão Inicial	Elevado	6	19,4	19,4	19,4
	Moderado	25	80,6	80,6	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Por outro lado, a subescala de *Burnout*, considerado um dos elementos da Fadiga por Compaixão, está associada a sentimentos de desesperança e dificuldades em lidar com o trabalho ou desenvolvê-lo de forma eficaz. Estes podem estar associados a carga de trabalho alta, ambiente de trabalho não favorável ou sensação de que o esforço não compensa ou faz a diferença. Neste caso, pontuações iguais ou inferiores a 22 (grau baixo) traduzem sentimentos positivos sobre o trabalho ou sobre a sua eficácia, enquanto que as pontuações iguais ou superiores a 42 (grau elevado) refletem dificuldades e preocupações no trabalho, que merecem ser alvo de reflexão e atenção. Este indicador deve ser reavaliado e apenas ser motivo de preocupação se for persistente no tempo. As pontuações entre 23-41, dizem respeito a um grau de *Burnout* moderado (Stamm, 2010).

De acordo com os dados recolhidos, verifica-se que 67,7% da amostra apresenta um nível de *Burnout* reduzido, no entanto 32,3% apresenta *Burnout* em grau moderado. Não existe amostra com *Burnout* de nível elevado (Tabela 7).

Tabela 7 - *Burnout* inicial

		n	%	% válida	% acumulativa
<i>Burnout</i> inicial	Baixo	21	67,7	67,7	67,7
	Moderado	10	32,3	32,3	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

A subescala de Trauma Secundário ao *Stress* diz respeito ao segundo componente da Fadiga por Compaixão, em que existe uma exposição laboral a eventos *stressores* e/ou traumáticos. Cuidar de pessoas que passam por eventos de *stress* ou trauma, pode provocar, apesar de raramente, sentimentos de medo, dificuldade em dormir, imagens dos eventos que perturbam ou evitar lembrar-se dos eventos. Neste caso, pontuações iguais ou superiores a 42 (nível elevado de Trauma Secundário ao *Stress*), dá a perceção da existência de fatores de *stress* e ou trauma no trabalho, podendo ser necessário procurar o fator desencadeante e sentimentos relativamente ao trabalho ou ao ambiente de trabalho. Com pontuações de 23-41, considera-se que a pessoa tem um grau moderado de trauma secundário ao *stress* e pontuações iguais ou inferiores a 22 apresentam baixo nível de trauma (Stamm, 2010).

Nesta subescala, verifica-se que 41,9% da amostra apresenta baixo nível de trauma secundário ao *stress* e não existe amostra para um alto nível de trauma secundário ao *stress*. No entanto, no nível moderado encontramos uma amostra de 58,1%, mais de metade da amostra (Tabela 8).

Tabela 8 - Trauma Secundário ao *Stress* inicial

		n	%	% válida	% acumulativa
Trauma Secundário ao <i>Stress</i> inicial	Baixo	13	41,9	41,9	41,9
	Moderado	18	58,1	58,1	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Conhecendo os dados sociodemográficos da amostra (n=31), da perceção de sobrecarga por parte desta e dos níveis de Satisfação por Compaixão, *Burnout* e Trauma Secundário ao *Stress* e, tendo por base as causas que poderão influenciar estes dados, preconizaram-se sessões interventivas, que permitiram a partilha de conhecimentos, reforçar conceitos e fornecer ferramentas que permitissem reduzir a sobrecarga percecionada e aumentar a Qualidade de Vida Profissional.

Realizaram-se cinco sessões de grupo psicoeducacionais e psicoterapêuticas, semanalmente, com uma duração de 60 minutos aos participantes que tinham respondido aos questionários e que tinham interesse e disponibilidade para participar. Tendo em conta os dados obtidos na fase inicial do projeto, desde as causas identificadas para a perceção de sobrecarga dos cuidadores formais da pessoa com demência, bem como as respostas aos questionários aplicados, direcionei as sessões implementadas para temas que pudessem, de alguma forma, auxiliar na diminuição da perceção da sobrecarga, de *Burnout* e do trauma secundário ao *stress*, mas também no aumento da satisfação por compaixão. Assim, as sessões visam promover a sensibilização para o cuidado diferenciado com a pessoa com demência, a comunicação, capacitando os cuidadores formais para a comunicação diferenciada com a pessoa com demência, a gestão de comportamentos, sensibilizando para estratégias preventivas e promotoras do comportamento da pessoa com demência, a gestão de emoções, sensibilizando para a importância da gestão de emoções no cuidado à pessoa, e as estratégias de *coping*, através da sensibilização para importância de utilizar estratégias de *coping* no dia-a-dia, conforme planeamento.

Dos 31 participantes iniciais, 12,9% recusaram participar nas intervenções por falta de disponibilidade, 25,8% participaram apenas em uma das sessões, 16,1% participaram em duas sessões, 19,4% participaram em três sessões, 12,9% participaram em quatro sessões e apenas 12,9% concluíram o total de sessões previstas (Tabela 9).

Tabela 9 - Frequência dos participantes nas sessões

		n	%
Frequência nas sessões da amostra total	0	4	12,9
	1	8	25,8
	2	5	16,1
	3	6	19,4
	4	4	12,9
	5	4	12,9
	Total	31	100,0

Estes números tiveram por base a desistência, a falta de interesse, a indisponibilidade, a rotatividade de horários ou questões de saúde, nomeadamente baixas. Neste sentido a aplicação das escalas após intervenção, foi realizada na última sessão a treze participantes, sendo que, os dados a partir deste momento, dizem respeito apenas a esta amostra de participantes (=13).

Da amostra final, verificamos que 12,9% participou nas cinco sessões, 12,9% participou em 4 sessões, 9,7% participou em três sessões e 6,5% participou em apenas duas sessões (Tabela 10).

Tabela 10 - Frequência nas sessões da amostra final

		n	%	% válida	% acumulativa
Frequência nas sessões da amostra final	2	2	6,5	15,4	15,4
	3	3	9,7	23,1	38,5
	4	4	12,9	30,8	69,2
	5	4	12,9	30,8	100,0
	Total	13	41,9	100,0	
Total		31	100,0		

Considerando a amostra final, no término da quinta sessão implementou-se novamente as questões “Sente-se esgotado quando tem de estar junto dos seus utentes?”, “Considera que poderia cuidar melhor dos seus utentes?” e “Em geral, sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar dos seus utentes?” e aplicação da escala ProQOL. Eliminam-se dois participantes por não terem feito a conclusão da escala por distração.

Assim, numa amostra de onze participantes, 36,4% considera que se sente esgotado junto dos utentes às vezes, 27,3% quase nunca e 36,4% nunca. No que diz respeito à frequência que considera que poderia cuidar melhor dos seus utentes, 18,2% considera muitas vezes, 63,6% às vezes, 9,1% quase nunca e 9,1% nunca. Relativamente ao sentimento de sobrecarga por parte do cuidar, a maioria 45,5% considera que o sente às vezes e 9,1% considera que se sente muitas vezes sobrecarregado. Por outro lado, 27,3% sente que quase nunca está sobrecarregado e 18,2% nunca se sentiu sobrecarregado.

Indo de encontro aos resultados obtidos com a escala ProQOL após as intervenções, verifica-se que na subescala de Satisfação por Compaixão 36,4% apresenta nível elevado de satisfação e 63,6% encontra-se num nível moderado de satisfação, mantendo-se sobreponível com os dados anteriores na inexistência de amostra com satisfação em grau reduzido. No que diz respeito ao *Burnout*, na amostra após as intervenções, 54,5% apresentou um nível reduzido de *Burnout*, enquanto os restantes 45,5% se encontram num nível moderado de *Burnout*. Na subescala de Trauma Secundário ao *Stress*, 54,5% apresentam grau reduzido de trauma, e os restantes 45,5% apresentam um grau moderado de trauma secundário ao *stress*.

Considerando a análise dos dados apresentados e tendo em conta a alteração de amostra, podemos concluir que:

- Na questão “Sente-se esgotado quando tem de estar junto dos seus utentes?”, existe um aumento da percentagem de quem nunca se sente esgotado e uma diminuição da percentagem de quem se sente esgotado às vezes, sendo nulo quem se sente esgotado muitas vezes.

- Na questão “Considera que poderia cuidar melhor dos seus utentes?” verifica-se o aumento da percentagem da população que considera que às vezes poderia cuidar melhor dos seus utentes, demonstrando a perceção de que poderiam prestar melhores cuidados após as intervenções.

- Na questão “Em geral, sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar dos seus utentes?” uma redução significativa da percentagem populacional que se considera sobrecarregado às vezes e muitas vezes.

No que diz respeito à escala ProQOL e, de acordo com a tabela 11, em que se apresenta a comparação entre frequência, média, mediana, mínimo e máximo antes e após intervenções, concluímos que:

Tabela 11 - Estatísticas da escala ProQOL inicial e final

	Satisfação por Compaixão antes das intervenções	<i>Burnout</i> das intervenções	Trauma Secundário ao <i>Stress</i> antes das intervenções	Satisfação por Compaixão após intervenções	<i>Burnout</i> após intervenções	Trauma por <i>stress</i> após intervenções
n	31	31	31	11	11	11
	0	0	0	20	20	20
Média	39,42	20,32	24,16	40,73	20,91	24,45
Mediana	39,00	20,00	25,00	41,00	22,00	21,00
Mín.	33	9	15	34	11	20
Máx.	48	29	32	49	27	35

- Na dimensão da Satisfação por Compaixão, verifica-se um aumento da média de pontuação das respostas de 39,42 para 40,73, o que pode ser percebido pelo aumento do valor mínimo bem como do máximo; mantém-se a inexistência de amostra com nível reduzido, uma redução no nível moderado de 80,6% para 63,6% e um aumento da percentagem de amostra com nível elevado de 19,3% para 36,4%.

- Na dimensão do *Burnout*, após as intervenções, verifica-se uma redução da percentagem populacional com nível reduzido de *Burnout* e um aumento do nível de *Burnout* moderado. Com base na tabela verifica-se um ligeiro aumento relativamente à média inicial e final.

- Na dimensão do Trauma Secundário ao *Stress* percebe-se um aumento da população com baixo nível de trauma e uma redução de quem se encontra em nível moderado de trauma secundário ao *stress*. Verifica-se um aumento do valor mínimo e do valor máximo que traduz o aumento da média desta subescala.

Para confirmar as conclusões previamente abordadas, procedeu-se à análise de melhorias significativas da perceção de sobrecarga e nos resultados face às subescalas da Escala ProQOL, através do Teste de Wilcoxon, conforme Tabelas 12 e 13.

Tabela 12 - Teste de Wilcoxon para as questões colocadas

		N
Sente-se esgotado quando tem de estar junto dos seus utentes? Após intervenções - Sente-se esgotado quando tem de estar junto dos seus utentes?	Classificações Negativas	4 <sup>a</sup>
	Classificações Positivas	1 <sup>b</sup>
	Empates	6 <sup>c</sup>
Considera que poderia cuidar melhor dos seus utentes após intervenções - Considera que poderia cuidar melhor dos seus utentes?	Classificações Negativas	2 <sup>d</sup>
	Classificações Positivas	0 <sup>e</sup>
	Empates	9 <sup>f</sup>
Em geral, sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar dos seus utentes? Após intervenções - Em geral, sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar dos seus utentes?	Classificações Negativas	3 <sup>g</sup>
	Classificações Positivas	3 <sup>h</sup>
	Empates	5 <sup>i</sup>
Satisfação por Compaixão após intervenções - Satisfação por Compaixão antes das intervenções	Classificações Negativas	2 <sup>j</sup>
	Classificações Positivas	8 <sup>k</sup>
	Empates	1 <sup>l</sup>
<i>Burnout</i> após intervenções - <i>Burnout</i> antes das intervenções	Classificações Negativas	5 <sup>m</sup>
	Classificações Positivas	5 <sup>n</sup>
	Empates	1 <sup>o</sup>
Trauma por <i>stress</i> após intervenções - Trauma Secundário ao <i>Stress</i> antes das intervenções	Classificações Negativas	2 <sup>p</sup>
	Classificações Positivas	7 <sup>q</sup>
	Empates	2 <sup>r</sup>
Total		11

Tabela 13 - Estatísticas do Teste Wilcoxon

	Estatísticas de teste <sup>a</sup>					
	Sente-se esgotado quando tem de estar junto dos seus utentes?	Considera que poderia cuidar melhor dos seus utentes?	Em geral, sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar dos seus utentes	Satisfação por Compaixão após intervenções	<i>Burnout</i> após intervenções	Trauma por <i>stress</i> após intervenções
Z	-1,511 <sup>b</sup>	-1,414 <sup>b</sup>	-,333 <sup>b</sup>	-1,644 <sup>c</sup>	-,767 <sup>b</sup>	-1,316 <sup>c</sup>
Significância Sig.	,131	,157	,739	,100	,443	,188
a. Teste de Classificações Assinadas por Wilcoxon						
b. Com base em postos positivos.						
c. Com base em postos negativos.						

Nas tabelas acima descritas, verifica-se a inexistência de valores estatisticamente significativos ( $p < 0,005$ ), que traduzam mudanças significativas nos participantes após implementação das intervenções.

Considerando a formação como possível suporte para níveis de *Burnout* inferiores, procedeu-se a uma análise através do coeficiente de correlação Spearman das variáveis Profissão exercida, Anos de trabalho na instituição e Formação na área das demências com as sub-escalas da escala ProQOL, conforme Tabela 14.

Tabela 14 - Correlação de Spearman

		Satisfação por Compaixão após intervenções	<i>Burnout</i> após intervenções	Trauma por <i>stress</i> após intervenções
Profissão exercida	Coeficiente de Correlação	,400	-,255	-,178
	Sig. (2 extremidades)	,223	,450	,600
Anos de trabalho na instituição	Coeficiente de Correlação	-,058	,049	,298
	Sig. (2 extremidades)	,865	,887	,374
Formação na área da demência	Coeficiente de Correlação	-,392	,421	,166
	Sig. (2 extremidades)	,233	,197	,627
Frequência nas sessões	Coeficiente de Correlação	,072	,175	,058
	Sig. (2 extremidades)	,834	,606	,865

Desta análise podemos verificar que face à Satisfação por Compaixão, existe uma correlação positiva moderada (0,400) com a profissão exercida, negativa muito fraca (-0,058) com os anos de trabalho da instituição e negativa fraca (-0,392) com a formação na área da demência. Quanto ao *Burnout* após intervenção, existe uma correlação negativa fraca com a profissão exercida (-0,255) e positiva muito fraca com os anos de trabalho na instituição (0,049) e positiva moderada com a formação na área da demência (0,421). O Trauma por *stress* após intervenção apresenta uma correlação negativa muito fraca com a profissão exercida (-0,178), uma correlação positiva fraca com os anos de trabalho na instituição (0,298) e uma correlação positiva muito fraca com a formação na área da demência (0,166). No que diz respeito à frequência dos participantes nas sessões e os resultados obtidos com a escala ProQOL, assume-se que existe relação positiva, no entanto não se considera estatisticamente significativa entre as várias variáveis. Importa reforçar que, apesar de se verificarem algumas correlações moderadas, os resultados não podem ser generalizados e interpretados de forma cautelosa, dado que nenhuma das correlações se apresenta estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) e o número da amostra é reduzido ( $n=11$ ), o que pode resultar em falsas relações.

A avaliação deste projeto tem ainda base nos indicadores da qualidade propostos no capítulo 5, nomeadamente:

- **Indicador de estrutura:** Interesse e participação dos cuidadores formais no projeto

$\text{N}^\circ$  de cuidadores formais que participam no programa /  $\text{N}^\circ$  total de cuidadores formais X 100

Consideram-se como cuidadores formais que participam no programa, aqueles que de alguma forma tentaram estar presentes em alguma das sessões dinamizadas, independentemente da frequência (n=27), dado as dificuldades de disponibilidade, e o número total de cuidadores formais da unidade (n=50). Assim, considera-se que o interesse e participação da população alvo foi de 54%.

Relativamente aos indicadores de processo, pretende-se avaliar a taxa de conclusão das intervenções, bem como a taxa de abandono dos participantes.

**- Indicador de processo:** conclusão do processo e taxa de abandono

$\text{N}^\circ$  intervenções especializadas realizadas /  $\text{N}^\circ$  intervenções especializadas programadas no programa X 100

No que diz respeito à conclusão do processo, este teve uma taxa de 100% dado que todas as intervenções especializadas programadas, foram realizadas.

$\text{N}^\circ$  cuidadores formais participantes no final do programa /  $\text{N}^\circ$  cuidadores formais participantes no início do programa x 100

No segundo indicador de processo, verifica-se uma oscilação quanto ao número de cuidadores formais participantes no final do programa (n=13) e o número de cuidadores participantes no início do programa (n=27), obtendo uma taxa de 48,1% de presenças, logo uma taxa de abandono de 51,9%.

Quanto ao indicador de resultado estabelecido, este avalia as modificações positivas na evolução da qualidade de vida profissional do cuidador formal, este é avaliado com base nas alterações positivas das três dimensões da Escala ProQOL, identificadas no teste de Wilcoxon. Neste sentido dá-se preferência à avaliação por subescala de Satisfação por Compaixão, *Burnout* e Trauma associado ao *Stress*.

**- Indicador de resultado:** Modificações positivas na evolução da qualidade de vida profissional do cuidador formal

$\text{N}^\circ$  de cuidadores formais com aumento da qualidade de vida profissional, após intervenção especializada, num dado período /  $\text{N}^\circ$  total de cuidadores formais com baixa qualidade de vida profissional no mesmo período X 100

Considerando as modificações positivas em cada subescala, o número de cuidadores com aumento da Satisfação por Compaixão (n=8) no total de cuidadores formais (n=11) corresponde a uma taxa de 72,7%. Na subescala de *Burnout*, as modificações positivas compreendem a o número de cuidadores formais com redução do nível de *Burnout* percebido (n=5) no total de cuidadores formais, sendo equivalente a uma taxa de 45,5% de melhoria. Na subescala de Trauma Secundário ao Stress, avalia-se o número de cuidadores formais com redução do nível de trauma (n=2) pelo número de cuidadores formais totais, obtendo uma taxa de 18% de melhoria. Estes valores não são significativos, na medida em que a amostra é reduzida, não sendo possível generalizar.

Relativamente ao indicador epidemiológico, não se obtiveram dados de participantes com nível baixo de Satisfação por Compaixão, nível elevado de *Burnout* ou nível elevado de Trauma Secundário ao Stress, mantendo-se apenas em níveis moderados.

**- Indicador epidemiológico:** taxa de prevalência de cuidadores formais da pessoa com demência sem qualidade de vida profissional

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores formais sem qualidade de vida profissional num dado período}}{\text{N}^\circ \text{ total de cuidadores formais no mesmo período}} \times 100$$

Este indicador não é aplicado, tendo em conta que ao longo do projeto não se verificou a presença de cuidadores formais sem qualidade de vida, apenas existe em níveis médios.

Tendo em conta os dados apresentados, verifica-se ligeira melhoria nos resultados obtidos a nível da perceção de sobrecarga e das subescalas da Escala ProQOL, percebendo que existe impacto nos programas psicoeducativos nos cuidadores formais da pessoa com demência.

## 7. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Este trabalho teve como objetivos avaliar a perceção de sobrecarga dos cuidadores formais da pessoa com demência, avaliar a qualidade de vida profissional dos cuidadores formais, reduzir o nível de sobrecarga percecionada pelos cuidadores formais, promover a qualidade de vida profissional dos cuidadores formais e avaliar o contributo do programa na qualidade de vida profissional dos cuidadores formais a médio/longo prazo.

Neste sentido procedeu-se à divulgação junto dos cuidadores formais da instituição referida, tendo 31 cuidadores respondido aos questionários iniciais de caracterização sociodemográfica, três questões elaboradas sobre a sobrecarga e a escala ProQOL.

A amostra inicial era constituída maioritariamente por mulheres com idade média de 36,74 anos, em que cerca de metade apresenta níveis de escolaridade superiores, com as funções de enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, terapeuta da fala e animadora, sendo que os restantes dizem respeito aos auxiliares de ação médica. A maioria trabalha cerca de 40 horas semanais na instituição e teve formação na área das demências ao longo dos anos, no entanto verifica-se uma grande percentagem de cuidadores que já pensou mudar de profissão ou de instituição. Apesar de grande parte apresentar formação na área e, face a esta perspetiva de mudança, torna-se preocupante que ainda existe uma grande maioria de profissionais sem formação específica para uma melhoria dos cuidados prestados, o que vai de encontro ao estudo realizado por Duarte, (2019). A formação específica em cuidados na demência para cuidadores formais é fortemente recomendada pela OECD (2018, citado por Duarte, 2019), reportando às necessidades de conhecimento face a cuidados específicos e gestão de comportamentos na demência.

Relativamente à sobrecarga percecionada, a maioria dos cuidadores sente-se esgotado junto dos utentes, considera que poderia cuidar melhor dos seus utentes e sente-se sobrecarregado por cuidar dos seus utentes, mediante as respostas de às vezes e muitas vezes, o que vai de encontro ao estudo de Gregório (2015), em que refere que na sobrecarga percecionada pelo cuidador, 27,5% identificaram-se com sobrecarga ligeira e 22,5% com sobrecarga mais severa, defendendo que existe ainda uma relação significativa relacionando o *burnout* com a sobrecarga dos cuidadores formais, quanto maior a experiência de *burnout*, maior a sobrecarga, no entanto não foi realizada a relação neste mesmo estudo.

De acordo com a escala da qualidade de vida profissional (ProQOL), a maioria apresenta um nível moderado de Satisfação por Compaixão, baixo nível de *Burnout*, no entanto com cerca de um terço da amostra a apresentar nível moderado, e nível moderado de Trauma Secundário ao *Stress*. De acordo com o estudo realizado por Duarte, (2019), em que foi notório que os participantes apresentassem valores médios nas subescalas utilizadas, sendo que valores médios de *Burnout* e Trauma Secundário ao *Stress* devem ser considerados como indicadores de risco a nível pessoal e profissional.

Após a avaliação inicial, procedeu-se à implementação de cinco intervenções de periodicidade semanal, em que apenas 14 cuidadores estiveram presentes em três ou mais sessões. A amostra final deste estudo diz respeito a 13 cuidadores que estiveram presentes na última sessão e aos quais foram aplicados novamente os questionários iniciais, sendo que dois questionários foram eliminados por não estarem concluídos.

Com a avaliação final, a maioria considera que quase nunca ou nunca se sente esgotado junto dos seus utentes, no entanto considera que poderia cuidar melhor dos seus utentes e que se sente sobrecarregado no cuidar. De acordo com a escala ProQOL, na dimensão da Satisfação por Compaixão a maioria apresenta nível moderado de satisfação, na dimensão do *Burnout* a maioria apresenta nível reduzido de *Burnout* e na dimensão do Trauma Secundário ao *Stress*, a maioria apresenta grau reduzido de trauma. No entanto, verifica-se a inexistência de valores estatisticamente significativos, que traduzam mudanças significativas nos participantes após implementação das intervenções. Esta ausência de resultados pode prender-se com a possibilidade das questões levantadas ao longo das semanas permitam uma consciencialização do *stress* e *Burnout*, até agora não percebida, o que vai de encontro ao estudo realizado por Figueiredo (2019), sendo importante realizar este estudo numa amostra de maiores dimensões e com mais esclarecimentos do problema.

Considerando as variáveis de profissão exercida, anos de trabalho na instituição, a formação na área das demências e a frequência nas intervenções realizadas, não existem correlações estatisticamente significativas face às subescalas da escala ProQOL, apesar de algumas relações moderadas, o que se pode considerar pela reduzida amostra final. No entanto, de acordo com Gregório (2015), os cuidadores com menos anos de serviço tendem a experienciar níveis mais elevados de *burnout* e sobrecarga, relacionado com o ambiente laboral e a interação com os utentes. Desta forma, no seguinte capítulo identificam-se as medidas a corrigir para obter melhores resultados.

## 8. PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, PADRONIZAR E TREINAR A EQUIPA; RECONHECER E PARTILHAR O SUCESSO

O interesse e envolvimento dos profissionais de saúde é fundamental para o desenvolvimento da melhoria contínua dos cuidados prestados, o que muitas vezes não se verifica. Perceber que é necessária uma mudança para obter melhores resultados nem sempre é visto como um objetivo a atingir.

Ao longo das sessões deparei-me com vários obstáculos que me limitaram o desenvolvimento e a adequação de conteúdos ou de estratégias. Neste sentido, com vista a uma melhor perceção das dificuldades e das oportunidades de melhoria, realizo uma análise SWOT da implementação do projeto, através da avaliação interna e externa e positiva e negativa, apresentada na seguinte Tabela 15:

Tabela 15 - Análise SWOT

<b><i>STRENGTHS</i></b> <b>(PONTOS FORTES)</b>	<b><i>WEAKNESSES</i></b> <b>(PONTOS FRACOS)</b>
Motivação Facilidade na Relação	Sobrecarga e/ou <i>stress</i> Adequação dos conteúdos Divulgação das sessões
<b><i>OPPORTUNITIES</i></b> <b>(OPORTUNIDADES)</b>	<b><i>THREATS</i></b> <b>(AMEAÇAS)</b>
Equipa Multidisciplinar Interesse dos cuidadores Necessidades formativas Diferentes classes profissionais	Espaço disponibilizado para as sessões Disponibilidade dos cuidadores Inconsistência no grupo Dificuldade na compreensão das escalas

Através da análise SWOT, reconheço que a minha motivação e a facilidade na relação foram os pontos chave no desenvolvimento das intervenções com sucesso, ainda que tenha passado por situações mais desagradáveis associadas à sobrecarga e/ou *stress* experienciados. Verifico que o facto de ter um grupo heterogéneo, tornou-se difícil a adequação dos conteúdos, bem como poderia ter divulgado de forma mais consistente através de lembretes ou posters as sessões. Por outro lado, a nível de ameaças externas, o facto de ter disponível apenas a sala de reuniões, causou-me dificuldades na adequação das atividades práticas, nomeadamente nas técnicas de quebra-gelo que tiveram de ser excluídas das sessões. Ainda como ameaça, percebi que a disponibilidade dos cuidadores era escassa por questões de saúde, troca de turnos, necessidade de permanecer no serviço ou deslocações fora do horário laboral não remunerado,

levando a uma inconsistência a nível grupal que condicionou os dados. Na aplicação das escalas, percebi que existiram muitas dificuldades, principalmente nos cuidadores com menores habilitações literárias que não o demonstraram, podendo condicionar os dados reais das escalas.

Apesar dos pontos fracos e ameaças existentes, vejo oportunidades de melhoria para o desenvolvimento do projeto se existir um trabalho multidisciplinar, o interesse dos cuidadores em participar e ter novas oportunidades de aprendizagem, as necessidades formativas que existem no mundo das perturbações neuro cognitivas e ainda a oportunidade de desenvolver intervenções por classes profissionais, permitindo uma adequação de conteúdos e estratégias facilitadoras da aprendizagem.

De acordo com Silva et al., (2018), após uma revisão integrativa da literatura sobre a eficácia de programas psicoeducacionais na sobrecarga nos familiares cuidadores de pessoas com demência, percebe-se que não existe consistência nas intervenções realizadas, tendo em conta os conteúdos abordados e o número de participantes, o que pode dificultar a obtenção e análise de dados e resultados. Assim, a eficácia dos programas não se consegue avaliar com objetividade, o que implica avaliações periódicas no tempo.

Apesar disso, sendo o conhecimento a base de uma melhoria constante dos cuidados prestados e redução da perceção de sobrecarga e/ou aumento da qualidade de vida profissional, sugerem-se estratégias direcionadas a sessões de formação em serviço com foco na pessoa ao nosso cuidado, mas também a nível da inteligência emocional e estratégias pessoais de autodesenvolvimento. Este conhecimento acrescido permite ainda aumentar o bem-estar pessoal e profissional, adquirir estratégias na resolução de problemas, aumentar competências para lidar com a pessoa no dia-a-dia, melhorando a sua qualidade de vida enquanto cuidador, mas também das pessoas ao nosso cuidado (Silva et al., 2018). Apesar de, a grande maioria dos estudos realizados serem direcionados ao cuidador informal, é essencial perceber que enquanto cuidadores formais, muitos sem formação na área, é necessário intensificar o conhecimento nestas áreas, bem como em técnicas de gestão de sintomas psicológicos e comportamentais da pessoa com demência.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste relatório final de MESMP, permitiu-me desenvolver novas perspetivas face ao meu desenvolvimento pessoal e profissional ao longo do ciclo de aprendizagem inerente ao curso. Este desenvolvimento permite-me adquirir conhecimentos e novas ferramentas no cuidado à pessoa com doença mental, à família, ao grupo ou comunidade que necessitam de melhorar ou otimizar a sua saúde mental.

Considerando que o foco do meu trabalho futuro passa por ver a pessoa na sua essência, enquanto ser biopsicossocial, é fundamental conhecer-me enquanto pessoa e enquanto profissional no cuidado ao outro, transformando-me na ferramenta necessária à mudança. Assim, o desenvolvimento das competências comuns do EE, descritas no Regulamento n° 140/2019 de 6 de fevereiro, e das competências específicas do EEESMP, descritas no Regulamento n° 515/2018 de 7 de agosto, permitem-me atuar junto da pessoa, família, grupo ou comunidade na promoção da saúde mental e na prevenção da doença mental.

Os regulamentos supramencionados, em conjunto com o Modelo Teórico de Peplau, o Código Deontológico como orientador da profissão de Enfermagem e o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (Regulamento n° 356/2015 de 25 de junho) permitiram-me ser guiada através de princípios orientadores na prática profissional durante o processo de aprendizagem, mas também naquele que é o meu presente e o meu futuro.

No desenvolvimento deste relatório, destaco a minha passagem pelas diferentes etapas de vida do ser humano, ainda que de uma forma inversa, nomeadamente na possibilidade de conhecer a realidade da criança, do adulto e do idoso em processo de doença mental, bem como da comunidade. Percebo os contributos que os diferentes ensinamentos clínicos me proporcionaram, na medida em que se torna essencial e importante para mim a prevenção da doença mental e a otimização da saúde mental na comunidade em que nos inserimos, evitando males maiores.

Por outro lado, destaco a contribuição das equipas comunitárias, sejam em contexto de adultos ou da infância e adolescência, visto que estas permitem aproximar o acesso à saúde às comunidades envolventes, transmitindo confiança e respeito. Assim, a população evita gastos desnecessários em deslocações, existe uma avaliação global do meio envolvente, nomeadamente condições físicas, mas também sociais.

Os EC tornaram-se essenciais no desenvolvimento das competências necessárias ao meu papel enquanto EEESMP, na medida em que me ofereceram experiências enriquecedoras, permitindo-me o desenvolvimento de juízo crítico na tomada de decisão, bem como desenvolver competências técnicas, mas também humanas no cuidado especializado.

Mais do que qualidade científica e técnica é necessária e fundamental a preocupação pelo bem-estar do outro e por nós próprios. Ao exigir de mim uma qualidade humana, o respeito próprio e tratar-me com gentileza e dignidade consigo ser “gente que cuida de gente” (OE, 2015, p.14)

Por outro lado, o desenvolvimento de um PMCQCE, aplicado no local de trabalho, permite uma melhoria dos cuidados em contexto profissional da instituição, promovendo boas práticas e melhores cuidados no dia-a-dia daquela que é a nossa realidade. Não obstante, pode influenciar positiva ou negativamente nas relações profissionais existentes neste contexto tendo em conta que é desenvolvido para os profissionais de saúde que lidam diariamente comigo.

A sobrecarga vivenciada pelos cuidadores formais de pessoas com demência é notória e necessita de ser evidenciada e trabalhada, com vista à proteção do cuidador e da pessoa cuidada. Neste âmbito sente-se alguma dificuldade em encontrar estudos que demonstrem a necessidade de intervenções especializadas e apoios estruturais.

O papel do EEESMP no acompanhamento dos cuidadores formais torna-se fundamental, enquanto guia orientador, para a promoção da saúde mental e prevenção da doença mental. O EEESMP é detentor de características e competências pessoais e profissionais, que permitem a capacitação dos cuidadores formais para a adequação dos cuidados, com base em conhecimentos científicos, levando a mudanças positivas na sua interação com os outros.

Assim, consideram-se concluídos os objetivos estabelecidos para este Relatório Final dado que ao longo do seu desenvolvimento existiu a descrição e reflexão das competências desenvolvidos em contexto prático ao longo dos últimos meses, assumindo como princípios orientadores, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (Regulamento nº356/2015 de 25 de junho), o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro) e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto).

Este percurso não seria o mesmo se não existisse uma rede de apoio a nível da supervisão e orientação clínica que nos permitem analisar, refletir e abrir novas portas do nosso autoconhecimento e do nosso desenvolvimento pessoal e profissional.

Para o futuro próximo, assumo a necessidade de aprofundar conhecimentos teóricos, com vista à intervenção especializada no cuidado ao outro, mas também com o objetivo de aprofundar aquilo que sei de mim e aquilo que eu consigo ser, através de desafios e conquistas. Procurar em mim aquilo me define ou que necessita de uma mudança, permite-me crescer e conseguir ser a ajuda ao outro.

No que diz respeito a sugestões de melhorias neste processo de aprendizagem, destaco a oportunidade de diversificação dos locais de ensino clínico, no entanto com a condição de existir uma avaliação daqueles que são orientadores clínicos, dado nem todos terem a mesma vocação para a arte do ensino e do encaminhamento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, C. T. (2021). Promoção e Prevenção da Saúde Mental: Porque é importante investir?. *Saúde Mental: Newsletter* nº 004/Junho.
- Almeida, M. C., Barrios, H. S., Pereira, C., Santos, A. C., Pinto, V., Costa, S., Conde, A. & Pedrosa, H. (2015). *Manual de Boas Práticas - Demência. União das Misericórdias Portuguesas.*
- Alzheimer Europe. (2019). *Dementia in Europe Yearbook 2019 - Estimating the prevalence of dementia in Europe.*
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico E Estatístico De Transtornos Mentais – DSM 5.* Artmed.
- Bakof, K. K., Schuch, N. J., & Boeck, C. R. (12 de dezembro de 2019). Síndrome de Burnout em Cuidadores de Idosos com Demência. *Disciplinarum Scientia*, 20(2), 591-602.
- Bezerra, D. S., & Siqueira, A. C. (2020). Processo de adoecimento e hospitalização em pacientes de um hospital público / *Illness and hospitalization process in patients of a public hospital. Revista de Psicologia*, 12(1), 61–71. <https://doi.org/10.36517/revpsiufc.12.1.2021.5>
- Borges, E. M. das N., Queirós, C. M. L., Abreu, M. da S. N. de, Mosteiro-Diaz, M. P., Baldonado-Mosteiro, M., Baptista, P. C. P., Felli, V. E. A., Almeida, M. C. D. S., & Silva, S. M. (2021). Burnout among nurses: a multicentric comparative study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, e3432. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4320.3432>
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K. & Dochterman, J. M. (2010). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).* Elsevier Inc: 5ª Edição (Traduzido para Português)
- Camarneiro, A. P. F. (2021). Adesão terapêutica: contributos para a compreensão e intervenção. *Revista de Enfermagem Referência*. 5(7), e20145. <https://doi.org/10.12707/RV20145>
- Campos, C. (2017). A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*. 15 (1). 91-101.
- Carvalho, A., Trindade, A. C., Preto, A. P., Silveira, E., Bouça, J., Cruz, M., Xavier, M. & Mateus, P. (2015). Proposta de Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental. Aprovado pelo Ministro da Saúde.
- Castro, S. (2022). Dia Mundial da Saúde Mental 2022. Ordem dos Enfermeiros. <http://ordemdosenfermeiros.pt>
- Coelho, J., Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Sequeira, C., Fortuño, M. L. & Merino, J. R. (2020). A relação de ajuda como intervenção de enfermagem: Uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (23), 63-72. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0273>
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2018). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE ®).* Versão 2018.
- Conselho Nacional de Saúde (CNS). 2019. *Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década.* CNS.

- Correia, C. I. S., Chaves, C., Batista, B., Rosário, H., & Teixeira, R. (2021). Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar - um estudo de caso. *Egitania Scientia*, 1(28), 187–203. <https://doi.org/10.46691/es.v1i28381>
- Couto, D., Leal, D. & Machado-Sá, L. (2015). Avaliação do stress parental na primeira consulta de psiquiatria da infância e adolescência – estudo piloto. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*. 39: 15-24. Associação portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência.
- Decreto-Lei n.º 113/2021 da Presidência do Conselho de Ministros. (14 dezembro 2021). *Diário da República*, 1ª Série: n.º 240 (104-118). <https://diariodarepublica.pt/>
- Delfino, L. L., & Cachioni, M. (9 de maio de 2016). Estratégias comunicativas de cuidadores de idosos com demência: uma revisão sistemática. pp. 187-195.
- Despacho n.º 10143/2009. (16 de abril de 2009). Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. *Diário da República*, 2ª Série: nº 74 (15438-15440). <https://diariodarepublica.pt/>
- Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A., Castro, S. (2011). Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Millenium*, 40: 201-219.
- Dias, J.C.B., & Carvalho, J.C. (2017). Enfermagem em pedopsiquiatria: especialidades do cuidar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (17), 65-70.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. Ministério da Saúde.
- Duarte, J. A. (2019). Prestar Cuidados na Demência – Um estudo da perceção de cuidadores formais de idosos sobre cuidados em fim de vida. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos. Universidade do Porto.
- Entidade Reguladora da Saúde (2023). Acesso a Serviços de saúde mental nos Cuidados de Saúde Primários. [www.ers.pt](http://www.ers.pt)
- Ferreira, D., Costa, M. & Germano, M. J. (junho 2020). Manual de visitaçao Domiciliária e de apoio ao Cuidador. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo: Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Ocidental e Oeiras.
- Ferreira, R. K. R. & Rocha, M. B. (2020). A importância das práticas educativas do estágio supervisionado na formação do enfermeiro: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*. 9 (4). <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i4.2933>
- Figueira, M. L., Sampaio, D., & Afonso, P. (2014). Manual de Psiquiatria Clínica. Lidel - Edições Técnicas Lda. 1ª Edição.
- Figueiredo, S. M. C. (2019). StressadaMente: Programa de promoção de saúde mental para prestadores de cuidados formais. Tese de candidatura a Grau de Doutor em Gerontologia.
- Firmino, H., Simões, M. R., & Cerejeira, J. (2016). Saúde Mental das Pessoas Mais Velhas. Lidel - Edições Técnicas Lda.

- Flores, D. (2020). A importância dos profissionais de saúde na desinstitucionalização do estigma dos sujeitos com transtornos mentais. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (23). 41-46. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0271>
- Fontainhas, J. M. C. (2020). Internamento hospitalar de pessoas com demência: Revisão da literatura. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre e Medicina.
- Fonte, C. M. S. (2011). Adaptação e validação para português do Questionário de Copenhague Burnout Inventory (CBI). Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde.
- Goldschmidt, T., Marques, C. & Xavier, M. (2018). Rede de Referenciação Hospitalar: Psiquiatria da Infância e Adolescência. Direção Geral de Saúde.
- Gomes, D., Estrela, M., Ferreira, P. L. & Herdeiro, T. (2019). Saúde Mental em Portugal. In: *Saúde Um Direito Humano – Relatório de Primavera 2019*. 4 (90-110). Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- Gomes, F., Amendoeira, J. & Martins, M. (2015). VI Congresso Internacional da ASPESM: A Pessoa, a Família, a Comunidade e a Saúde Mental.
- Gregório, J. M. (2015). Qualidade de Vida, Estratégias de Coping, Burnout, Sobrecarga e Sintomas Psicopatológicos numa Amostra de Cuidadores Formais.
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). Estatísticas da Saúde – 2021. <https://www.ine.pt>
- Junior, E. A. F. (2022). Os princípios da bioética. *Revista Académica Interdisciplinar de Iniciação Científica*. 2 (2).
- Laranjeira, C. & Querido, A. (2022). Planeamento dos Ensinos Clínicos. Instituto Politécnico de Leiria.
- Lei n.º 95/2019 da Assembleia da República. (4 de setembro de 2019). *Diário da República, 1ª Série*: n.º 169 (55-66). <https://diariodarepublica.pt/>
- Loureiro, M. A. (dezembro de 2016). Cuidador Formal e a Demência de Alzheimer.
- Martinho, J., Pires, R., Carvalho, J. C., & Pimenta, G. (2014). Formação e desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem em contexto de ensino clínico em saúde mental e psiquiatria. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (Ed. Esp. 1). 97-102.
- Martins, M. T. N. C. G. (2022). A relação terapêutica na prática clínica e na supervisão. Dissertação submetida para obtenção de grau de Mestre em Psicologia. INSPA - Instituto Universitário.
- Martins, S. I. (2016). *Burnout* e Sobrecarga em cuidadores formais de idosos: Complementaridade das abordagens Quantitativa e Qualitativa.
- Matos, M. G. & Equipa Aventura Social. (2018). A Saúde dos Adolescentes Portugueses após a Recessão – Dados nacionais do estudo HBSC 2018. Equipa Aventura Social: 1ª Edição.
- Melo, R., Mónico, L., Carvalho, C., Pereira, P., Rezende, H., Duarte, A., ... Lousã, E. (2017). Liderança e Seus Efeitos. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

- Mendes, P., Moreira, F., Fonseca, M. & Morais, L. (2017). Estigma e crenças parentais sobre a pedopsiquiatria e uso de psicofármacos na infância e adolescência. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*. 41: 73-90. Associação portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L. & Swanson, E. (2010). Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). Elsevier Inc: 4ª Edição (Traduzido para Português)
- Moreira, P. (2022). Gerir Emoções – um guia prático. Idioteque:1ªEdição
- Neves, L. F. V. C. O. (2016). O papel da transferência, da contratransferência e da interpretação da transferência no processo psicoterapêutico: um estudo qualitativo. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica. Instituto Superior Miguel Torga.
- Neves, M. M.A. M. C. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários - Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, III(8),125-134. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239967014>
- Oliveira, A. G., Vilaça, A. F., & Gonçalves, D. T. (2019). Da transexualidade à disforia de género: protocolo de abordagem e orientação nos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. (35): 210-22. <https://10.32385/rpmgf.v35i3.12105>
- Ordem dos Enfermeiros (6 de fevereiro de 2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª Série, nº26: 4744-4750.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. 978-989-8444-30-1.
- Ordem dos Enfermeiros. (25 de junho de 2015b). Regulamento n.º 356/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. *Diário da República*, 2ª Série (nº 122), 17034-17041.
- Ordem dos Enfermeiros (outubro 2015c). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE – Lei nº156/2015, de 16 de setembro e Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (25 de setembro de 2019). Regulamento n.º 743/2019: Regulamento da Norma para cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, 2ª Série (184), 128-155.
- Ordem dos Enfermeiros. (7 de agosto de 2018). Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário da República*, 2ª Série (151), 21427-21430.
- Ordem dos Enfermeiros. (16 de julho de 2021). Regulamento n.º 656/2021: Regulamento de Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª Série (137): 173-191.
- Ordem dos Enfermeiros. (dezembro de 2001). Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual e Enunciados Descritivos.
- Ordem dos Enfermeiros. (outubro de 2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde.

- Perdigão, A., Menezes, B., Almeida, C., Machado, D., Silva, M. C. & Prazeres, V. (2016). *Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenções nos Serviços de Saúde*. Direção Geral de Saúde: 2ª Edição.
- Pereira, I., Seabra, P., Valentim, O. & Nogueira, M. J. (2018). *Treino de Assertividade*. IX Congresso Internacional da ASPESM: II ^Seminário Internacional de Investigação em Saúde Mental
- 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).
- Pereira, S. A., & Marques, E. M. (5 de novembro de 2014). *Dificuldades dos Cuidadores Formais de Idosos Institucionalizados*. *I(2)*, pp. 133-139.
- Pinho, L. M. G. (2020). *Eficácia do treino Metacognitivo nos Delírios, Alucinações, Insight Cognitivo e Funcionalidade na Esquizofrenia*. Tese de Doutoramento.
- Ramos, T. M. (2017). *Cuidar de idosos com demência: necessidades de apoio e recursos ótimos de intervenção na perspetiva dos cuidadores formais*.
- Relvas, R. (2018). *Implementação e Organização da Formação em Serviço na USF Salus*. Relatório de Estágio de Mestrado e Especialização em Gestão de Unidades de Saúde
- Rotoli, A. & Silva, M. R. S. (2020). *A família no processo de reinserção social da pessoa com transtorno mental: percepção dos profissionais da atenção básica*. *Research, Society and Development*: 9 (8). <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5649>
- Santos, J. O., Souza, M. A. R, Baract, M. M. Z. & Grande, P. H. A. (2022). *A percepção da comunidade LGBTQ+ sobre o atendimento de saúde e a teoria de Roy*. *Research, Society and Development*. 11 (9). <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i9.31817>
- Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções*. Lidel - Edições Técnicas, Lda: 1ª Edição.
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lidel - Edições Técnicas Lda: 1ª Edição.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de ajuda*. Lidel - Edições Técnicas, Lda: 1ª Edição.
- Serviço Nacional de Saúde. (2022). *Entidades de Saúde*. <https://www.sns.gov.pt/>
- Silva, J., Silva, D. B., Nascimento, L. C., Gomes, R. A., Freire, G. G., Gondim, A. L. M. & Braga, L. P. (2022). *Promoção da Saúde Mental dos Trabalhadores da Saúde: as práticas integrativas e complementares como estratégias de cuidado*. *Revista Ciência Plural*. 8 (3). <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2022v8n3ID29054>
- Silva, M., Sá, L., & Sousa, L. (2018). *Eficácia dos programas psicoeducacionais na sobrecarga nos familiares cuidadores de pessoas com demência: Revisão integrativa*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (19), 54-60. [10.19131/rpesm.0202](https://doi.org/10.19131/rpesm.0202)
- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*. Pocatello. 2ª Edição. ProQOL.org
- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda. 5ª Edição (Traduzido para Português)

Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica-Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. Lusociência: 6ª Edição (Traduzido para Português)

Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. S., Trindade, L. L., Ribeiro, O. M. P. L. & Cardoso, M. F. P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review. *Journal Health NPEPS*. 6 (2): 278-295. <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>

*World Health Organization*. (2019). *Risk Reduction of Cognitive Decline and Dementia - WHO Guidelines*.

*World Health Organization*. (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. ISBN 978-92-4-004933-8.

