

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA
MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Relatório de Estágio
Relatório da Prática Especializada em Enfermagem
de Saúde Mental

Ricardo Nuno Silva Rocha

Leiria, Maio de 2014

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA
MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Relatório de Estágio

Relatório da Prática Especializada em Enfermagem
de Saúde Mental

Ricardo Nuno Silva Rocha, nº 5120336

Unidade Curricular: Relatório de Estágio

Professor Orientador: Professor Doutor José Carlos Rodrigues Gomes

Leiria, Maio de 2014

O Júri

Presidente Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

Pensamento

“Presta atenção aos teus pensamentos pois eles tornam-se palavras.
Presta atenção às tuas palavras pois elas tornam-se atos.
Presta atenção aos teus atos pois eles tornam-se hábitos.
Presta atenção aos teus hábitos pois eles definem o teu carácter.
Presta atenção ao teu carácter pois ele determina o teu destino”

Anónimo

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço à minha esposa Ana pelo apoio incansável, pela paciência sem limites, pelo incentivo constante, por tudo... Sem o apoio dela nada disto teria sido possível. Aos meus bebés, Beatriz e Tiago, pela compreensão dos momentos em que estive menos presente e menos disponível nas suas vidas. À minha mãe Maria e ao meu irmão Hugo, pela compreensão da minha ausência e apoio em todo este processo.

Ao Professor Doutor José Carlos Gomes, orientador deste relatório, a quem agradeço o apoio, a partilha de saberes, a disponibilidade e orientação prestada.

Aos meus orientadores dos ensinamentos clínicos, a enfermeira Cidália e a enfermeira Luísa, pelo apoio, discussão, orientação e partilha de saberes. A todos os profissionais dos contextos de ensino clínico, por me ajudarem neste percurso de aprendizagem.

Aos meus colegas e amigos do 3º Curso de Pós-licenciatura de Enfermagem de Saúde Mental pela camaradagem, pelo apoio e pela amizade. Fizemos um grupo fantástico que fez com que todo este processo fosse muito mais fácil.

Aos colegas do 2º curso de mestrado, embora juntos menos tempo, pela partilha e apoio. Uma palavra especial à Elisa pela partilha, discussão e apoio nos momentos finais deste processo.

A todos quantos colaboraram direta ou indiretamente neste processo, o meu mais sincero e profundo obrigado.

Resumo

O presente relatório enquadra-se no 2º curso de mestrado em enfermagem de saúde mental da Escola Superior de Saúde de Leiria e refere-se à reflexão da prática especializada em enfermagem de saúde mental desenvolvida nos ensinamentos clínicos. Com esse propósito, apresenta-se um breve enquadramento conceptual e normativo que orientaram a prática especializada; uma breve contextualização dos locais onde se desenvolveram os ensinamentos clínicos; e cinco incidentes críticos que dão ênfase às intervenções desenvolvidas em contexto comunitário e que são analisados com base no regulamento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental.

A prática especializada baseada na evidência centrou-se num estudo de casos múltiplos, quase experimental, do tipo pré teste e pós teste sem grupo de controlo, com o título “Intervenção psicoeducativa na saúde mental dos cuidadores informais de idosos com dependência física residentes no concelho de Coruche”. A amostra compreendeu quatro cuidadoras informais de idosos com dependência física há pelo menos 6 meses de forma contínua, os quais foram avaliados segundo os instrumentos: MHI (*Mental Health Inventory*), CADI (*Carers Assessment of Difficulties Index*) e o CAMI (*Carers' Assessment of Managing Index*). A estas cuidadoras foi aplicado um programa psicoeducativo composto por 5 sessões, 4 em grupo e uma sessão final individual no domicílio dos cuidadores.

Os resultados mostram que em dois casos houve melhoria do nível de saúde mental e noutros dois casos não houve alteração dos níveis de saúde mental. Com a realização deste trabalho não conseguimos provar a efetividade deste programa psicoeducativo, pois as limitações da metodologia adotada e da dimensão da amostra, não fundamentaram resultados mais efetivos, denotando, ainda assim, a boa aceitação do programa por parte das cuidadoras.

Palavras-chave

Enfermagem, Saúde Mental, Incidentes críticos, Programa de intervenção, Cuidadores informais

Abstract

This report falls under the 2nd mental health nursing Master's degree in Leiria's Health School and refers to the mental health nursing specialized practice reflection developed in clinical teaching.

With that purpose, we present a brief conceptual and normative framework that guided the specialized practice; a brief contextualization of where clinical teaching was developed; and five critical incidents that give emphasis to community context developed interventions that are analyzed based on common and specific mental health nursing specialist skills regulation and Mental Health Nursing Specialized Care Quality Standards Regulation

Expert practice based on evidence focused on a multiple case study, quasi-experimental, pre-test and post-test without control group type, entitled "Psychoeducational intervention in elderly with physical dependence informal caregivers mental health, residents in Coruche county? The sample comprises four (4) elderly with physical dependence informal caregivers for at least six months continuously, which is assessed by the instruments: MHI (Mental Health Inventory), CADI (Carers Assessment of Difficulties Index) and CAMI (Carers' Assessment of Managing Index). To these caregivers was applied a five sessions psychoeducational program, four in group and an individual final session in caregivers homes.

The results show that, in two cases there was significant improvement in the mental health level and in another two cases there was no significant change in mental health levels. We were unable to prove the effectiveness of this psychoeducational program with this work, because methodology limitations and size sample, did not substantiate more effective results, denoting still high acceptance of the program by the caregivers

Key-words:

Nursing, Mental Health, Critical Incidents, Intervention Program, Informal Caregivers

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 14

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E NORMATIVO 16

2. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA EM ENFERMAGEM 24

2.1. SERVIÇO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DO HOSPITAL
DISTRITAL DE SANTAREM 25

2.2. UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS PONTE PARA A SAÚDE 29

3. ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES 34

3.1. INCIDENTES CRÍTICOS 34

3.1.1. Proposta de catálogo CIPE na área de saúde mental 36

3.1.2. Esquizofrenia na comunidade 39

3.1.3. Estudo de caso 46

**3.1.4. Aplicação de programa de intervenção em clientes com diagnóstico
de depressão 51**

3.1.5. Desenvolvimento da melhoria contínua da qualidade 57

3.1.6. Conclusão dos incidentes críticos 59

4. A PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA 63

4.1. FUNDAMENTAÇÃO DO ESTUDO 64

4.2. METODOLOGIA 70

4.2.1. Tipo de estudo 71

4.2.2. Objetivos e questão de investigação 72

4.2.3. População e amostra 72

4.2.4. Instrumentos 73

4.2.5. Procedimentos formais e éticos 74

4.2.6. Programa de intervenção 75

4.3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS 76

4.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 86

4.5. CONCLUSÕES DO ESTUDO 91

5. CONCLUSÕES 93

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 95

ANEXOS

ANEXO I – Regulamento n.º 122/ 2011 de 18 de fevereiro - Regulamento n.º 129/ 2011 de 18 de fevereiro - Regulamenta as competências comuns do enfermeiro especialista

ANEXO II - Regulamento n.º 129/ 2011 de 18 de fevereiro - Regulamenta as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental

ANEXO III - Catálogo CIPE da área de saúde mental para UCC Ponte para a Saúde

ANEXO IV - Programa de intervenção aplicado a clientes com diagnóstico de depressão no serviço de internamento de psiquiatria do Hospital Distrital de Santarém, EPE

ANEXO V – Proposta de norma interna sobre Aspectos legais, éticos e deontológicos relacionados com a privacidade e proteção da informação referente ao utente internado

ANEXO VI – Artigo de Investigação elaborado com as normas de publicação da revista portuguesa de enfermagem de saúde mental

ANEXO VII – Instrumento colheita de dados para o estudo de investigação

ANEXO VIII – Autorizações da utilização das escalas de avaliação MHI, CADI e CAMI

ANEXO IX – Consentimento Informado para a participação no estudo de Investigação

ÍNDICE DE QUADROS

Pág.

QUADRO 1 Avaliação do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do HDS segundo o modelo de organização dos serviços dos cuidados de enfermagem proposto pelo RPQCE (OE, 2011) 27

QUADRO 2 Avaliação da UCCPS segundo o modelo de organização dos serviços dos cuidados de enfermagem proposto pelo RPQCE (OE, 2011) 32

QUADRO 3 Resultados da avaliação de clientes da população através da escala PSP (Brissos et al. 2012) 44

QUADRO 4 Comparação entre os diagnósticos de enfermagem (CIPE® - versão β2) no pré e pós-intervenções 46

QUADRO 5 Diagnósticos de enfermagem iniciais nos focos ansiedade e humor (CIPE® - versão β2) nas clientes que integraram o grupo 52

QUADRO 6 Comparação dos scores de ansiedade e depressão, dados pela escala HADS, das clientes no pré e pós-intervenções. 55

QUADRO 7 Diagnósticos de enfermagem finais nos focos ansiedade e humor (CIPE® - versão β2) nas clientes que integraram o grupo 56

QUADRO 8 Quadro resumo das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental adquiridas durante com os incidentes críticos. 62

QUADRO 9 Programa da intervenção psicoeducativa 76

QUADRO 10 Comparação entre os scores das sub-escalas do MHI no pré e pós-teste por caso 82

QUADRO 11 Comparação entre os diagnósticos de enfermagem (CIPE® - versão β2) – Bem-estar psicológico, no pré e pós-teste por caso. 83

QUADRO 12 – Comparação entre os scores do CADI e das suas sub-escalas no pré e pós-intervenção para os casos em estudo. 84

QUADRO 13 Comparação entre a distribuição entre as respostas ao CAMI no pré e pós-intervenção por cuidadora. 85

QUADRO 14 – Comparação entre os diagnósticos de enfermagem (CIPE[®] - versão β2) – Stress do cuidador, no pré e pós-teste por caso 86

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

GRÁFICO 1 – Resultados da aplicação do Inventário de Saúde Mental no pré e pós-teste 81

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

α - Coeficiente de Alfa de Cronbach

APA – American Psychiatric Association

CADI – Carers Assessment of Difficulties Index

CAMI - Carers Assessment of Difficulties Index

CI – Cuidadores Informais

CIE - Conselho Internacional de Enfermeiros

CIPE[®] - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados Saúde Primários

DGS - Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EESM – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental

HDS – Hospital Distrital de Santarém

MHI – Inventário de Saúde Mental

NIAP – Neurolépticos injetáveis de ação prolongada

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

RPQCEESM - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em
Enfermagem de Saúde Mental

RT – Regime Terapêutico

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SIE – Sistema de Informação em Enfermagem

SPSM – Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

TAB - Transtorno Bipolar

TIC - Técnica de Incidentes Críticos

UCC – Unidade Cuidados na Comunidades

UCCPS - Unidade de Cuidados na Comunidade Ponte para a Saúde

UP – Ulceras de Pressão

USFVS – Unidade Saúde Familiar Vale do Sorraia

USMC - Unidades de Saúde Mental Comunitária

USPC – Unidade de Saúde Pública de Coruche

WHO - World Health Organization

INTRODUÇÃO

A evolução da profissão de enfermagem nos últimos anos tem levado à necessidade da reflexão sobre as práticas, no sentido de responder à crescente exigência da qualidade dos cuidados e aos novos desafios que a evolução da sociedade coloca. A Ordem dos Enfermeiros Portugueses (OE), enquanto organização reguladora da profissão, tem-se posicionado de forma decisiva, com a discussão do modelo de desenvolvimento profissional e a publicação de uma série de documentos que enquadram diversos domínios da prática profissional.

Neste sentido, ao terminar o processo de formação académica em enfermagem de saúde mental, importa desenvolver uma reflexão aprofundada sobre os conhecimentos e competência desenvolvidas nos ensinamentos clínicos desenvolvidos no âmbito do 3º curso de pós-licenciatura em enfermagem de saúde mental. A reflexão desenvolvida neste relatório teve como ponto de partida três regulamentos elaborados pela OE, o regulamento n.º 122/ 2011 de 18 de fevereiro, que estabelece as competências gerais do enfermeiro especialista (EE), o regulamento n.º 129/ 2011 de 18 de fevereiro, que estabelece as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental (EESM) e o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental (RPQCEESM) (OE, 2011).

Assim, os objetivos deste relatório são:

- ✓ Refletir e analisar criticamente o processo de aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, através da análise de atividades desenvolvidas nos ensinamentos clínicos;
- ✓ Desenvolver competências na área da comunicação de resultados de evidência científica.

O presente trabalho estrutura-se em vários capítulos de modo a facilitar a sua leitura e compreensão. No primeiro capítulo é apresentado o enquadramento conceptual e normativo em que se baseou o planeamento e a execução das atividades desenvolvidas nos ensinamentos clínicos. No segundo capítulo é apresentada a descrição dos contextos em

que decorreu os ensinamentos clínicos, no caso o Departamento de Psiquiatria do Hospital Distrital de Santarém e a Unidade de Cuidados na Comunidade Ponte para a Saúde. No terceiro capítulo desenvolve-se a reflexão, através da análise de cinco incidentes críticos, das atividades e competências desenvolvidas nos ensinamentos clínicos. Por último no quarto capítulo, dedicado à prática especializada baseada na evidência, é apresentado um estudo de investigação com o título “Intervenção psicoeducativa na saúde mental dos cuidadores informais de idosos com dependência física”.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E NORMATIVO

Os estudos epidemiológicos mais recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental tornaram-se a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade nas sociedades atuais. (Ministério da Saúde, 2008). A Direção Geral de Saúde (2012) aponta que a magnitude deste problema resulta não só da ampla prevalência das perturbações psiquiátricas, mas também do facto de uma significativa proporção dos indivíduos iniciar tarde o tratamento, ou não ter sequer acesso a cuidados adequados às suas necessidades.

Segundo a Comissão das Comunidades Europeias (2005, p. 04) “sem saúde mental não há saúde. É a saúde mental que abre aos cidadãos as portas da realização intelectual e emocional, bem como da integração na escola, no trabalho e na sociedade”. Neste sentido Saúde mental é definida como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere” (WHO, 2001, citado em Comissão das Comunidades Europeias, 2005, p. 04). Analisando esta conceção de saúde mental e os dados epidemiológicos sobre doença mental já referidos, seria de esperar um grande investimento da sociedade nesta área nos três níveis de prevenção.

No entanto, o resumo executivo do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2007-2016 (Portugal, 2008) indica que: os serviços de saúde mental sofrem de insuficiências graves, a nível da acessibilidade, da equidade e da qualidade de cuidados; apenas uma pequena parte das pessoas que têm problemas de saúde mental têm acesso aos serviços públicos especializados de saúde mental (1,7% da população), sendo este número extremamente baixo em relação ao que seria de esperar (pelo menos 5 a 8% da população sofre de uma perturbação psiquiátrica de certa gravidade em cada ano); há uma reduzida participação de utentes e familiares no planeamento e organização dos cuidados; verifica-se uma escassa produção científica no sector da psiquiatria e saúde mental; existe uma resposta limitada às necessidades de grupos vulneráveis; bem como a quase total ausência de programas de promoção/prevenção.

O mesmo documento estabelece várias estratégias de intervenção para tentar alterar os deficits encontrados, dando grande enfoque nas intervenções desenvolvidas em contexto comunitário. A ênfase nas intervenções de caráter comunitário é fundamentada por toda a evidência científica que mostra que as intervenções na comunidade, mais próximas das pessoas, são as mais efetivas e as que colhem a preferência dos clientes e das famílias (Portugal, 2008).

Partindo desta visão surgem também definidas as Unidades de Saúde Mental Comunitária (USMC), enquadradas em Serviços Locais de Saúde Mental, enquanto equipas que prestam cuidados de saúde mental a um determinado sector geodemográfico, incluindo: Programa integrado para Doentes Mentais Graves, com gestão de casos por terapeutas de referência; programa de ligação com a Saúde Familiar e apoio a perturbações mentais comuns; programa de apoio a doentes idosos; e programa de prevenção nas áreas da depressão e suicídio. O PNSM recomenda que as USMC sejam equipas multidisciplinares com forte participação de enfermeiros e outros técnicos não médicos (Ministério da Saúde, 2008).

Analisando o perfil de competências das USMC reconhece-se a grande mais-valia destas unidades na persecução dos objetivos do PNSM e na melhoria da qualidade dos cuidados prestados na área de saúde mental. Este perfil de competências foi uma das bases do plano de atividades projetado para o ensino clínico desenvolvido em contexto comunitário, na medida em que se considerou fundamental iniciar algumas das atividades previstas no PNSM numa comunidade em que as respostas de saúde mental implementadas eram ainda inexistentes.

Lehtinen (2008) refere que é fundamental potenciar a saúde mental através de uma política abrangente em saúde mental. Para atingir este objetivo é fulcral construir uma base de informação sólida e abrangente que suporte programas de saúde mental a nível regional e nacional e que favoreça a cooperação entre os diferentes setores da sociedade a nível local, regional e nacional. A OMS (1986) refere que a promoção da saúde deve-se desenvolver através da intervenção concreta e efetiva na comunidade, estabelecendo prioridades, tomando decisões, planeando estratégias e implementando-as com vista a atingir melhor saúde.

Reconhece-se a complexidade do processo de recolha da informação necessária para estabelecer o perfil de saúde mental de uma comunidade. Assim, no ensino clínico desenvolvido em contexto comunitário, partiu-se desta ideia e procedeu-se à colheita de informação que permitisse iniciar o processo de elaboração de um perfil de saúde mental dos clientes com esquizofrenia e dos cuidadores informais de idosos com dependência física, sendo este o ponto de partida para o planeamento de intervenções destinadas a estas populações. Neste relatório será abordado apenas as intervenções desenvolvidas com os clientes com esquizofrenia.

A OE refere que o enfermeiro especialista detém “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Portugal, 2011a, p. 8648) sendo que o “EESM compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais” (Portugal, 2011b p. 8669). Neste sentido, analisando as competências comuns do EE e as competências específicas do EESM, pode-se concluir que a sua aplicação nas USMC serão uma importante mais-valia na persecução dos objetivos propostos para estas unidades.

O Regulamento n.º 129/ 2011 de 18 de fevereiro também defende que o EESM possui competências para utilizar a metodologia da gestão de caso no sentido de “coordenar cuidados de saúde e para assegurar a continuidade de cuidados, integrando as necessidades dos clientes e equipas, otimizando os resultados existentes (...) inclui atividades como: organização, avaliação, negociação, coordenação e integração de serviços e benefícios para o cliente” (Portugal, 2011b, p. 8671). Sendo que o PNSM 2007-2016 aponta o modelo da gestão de caso como modelo de referência para as USMC, no ensino clínico desenvolvido em contexto comunitário tentou-se adotar esta metodologia como referência para algumas das intervenções desenvolvidas.

A OE, no cumprimento das suas incumbências legalmente estabelecidas, definiu em 2001 um conjunto de enunciados descritivos dos padrões de qualidade para os cuidados gerais de enfermagem (OE, 2001), que se assumem como uma base fundamental para a melhoria contínua da qualidade na prestação profissional dos enfermeiros. Em 2011 os

colégios das várias especialidades de enfermagem partiram destes enunciados descritivos para estabelecer padrões de qualidade adaptados a cada dessas especialidades.

Entende-se que a qualidade nos cuidados representa mais que uma necessidade, assumindo um carácter de dever deontológico para todos os enfermeiros. Ao EE cabe uma responsabilidade acrescida nesta área, especialmente no desenvolvimento de projetos que objetivem a prestação de cuidados com qualidade por parte de todos os parceiros em saúde, principalmente os da própria classe profissional. Durante os ensinamentos clínicos, as intervenções realizadas tiveram em consideração os enunciados descritivos presentes no regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental (RPQCEESM) (OE, 2011), pois estes são um “instrumento essencial para a promoção da melhoria contínua destes cuidados especializados e como referencial para a reflexão sobre a prática especializada em Enfermagem de Saúde Mental” (OE, 2011, p. 01).

O Regulamento n.º 122/ 2011 de 18 de fevereiro, o Regulamento n.º 129/ 2011 de 18 de fevereiro e o RPQCEESM servem como orientação e ajuda no esclarecimento das funções dos EE e dos EESM. No entanto, Silva & Graveto (2008) referem que é fundamental que os enfermeiros estruturam toda a sua intervenção em esquemas de referência que mostrem a sua conceção da profissão e a maneira como compreendem o seu papel. Os mesmos autores referem que são os modelos e as teorias de enfermagem que oferecem essa estrutura para os enfermeiros planearem uma abordagem individualizada para as intervenções, suficientemente ampla e flexível para ser utilizada como estrutura para o processo de enfermagem.

Tendo em conta o exposto no Regulamento n.º 129/ 2011 de 18 de fevereiro, considera-se que a teoria de enfermagem de Hildegard Peplau se encaixa naquilo que deve ser a prestação de cuidados do EESM, pelo que os princípios defendidos nesta teoria serviram de suporte às intervenções desenvolvidas nos ensinamentos clínicos, quer as intervenções individuais quer as intervenções em grupo.

A teoria de Peplau foi baseada no modelo psicodinâmico, sendo o fenómeno central da teoria de Peplau a relação enfermeiro-cliente. Assim, considera-se a enfermagem como:

“Um processo significativo, terapêutico e interpessoal. Funciona de forma cooperativa como outros processos humanos que tornam possível a saúde dos indivíduos no seio das comunidades. É um instrumento educativo, uma força de maturação que aspira fomentar um progresso da personalidade na direção de uma vida criativa, construtiva, produtiva ao nível pessoal e comunitário” (Peplau, 1990, p. 14).

Segundo a mesma autora, as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros deverão ser educativas e terapêuticas, no sentido de induzir nas pessoas o desenvolvimento de habilidades para a solução de problemas.

Peplau (1990) considera duas categorias gerais que resumem as condições de interação essenciais para a saúde: as necessidades fisiológicas de um organismo humano que exige manipulação das condições materiais em benefício do bem-estar de um indivíduo ou grupo; e as condições interpessoais, que são individuais e sociais, e que satisfazem as necessidades da personalidade e permitem a expressão e o uso das capacidades de forma produtiva.

Peplau (1997) referido em McCarthy & Aquino-Russell (2009) identificou na sua teoria quatro características inerentes as relações de cuidar. A primeira característica refere-se à componente de comunicação da relação enfermeiro-cliente, sendo que esta tem um efeito terapêutico de bem-estar no cliente. Através da comunicação o enfermeiro promove processos de autoconsciência e de autorreflexão, em que o cliente é convidado a expressar os seus pensamentos e sentimentos.

A manutenção da natureza profissional da relação enfermeiro/cliente foi a segunda característica identificada. A capacidade do enfermeiro de oferecer presença condiciona os resultados do cliente ao nível da sua saúde geral e bem-estar. A relação enfermeiro/cliente deve fornecer apoio e suporte, respeitando a individualidade do cliente (McCarthy et al., 2009).

A terceira característica refere-se à necessidade do enfermeiro em conhecer o cliente numa visão holística, em que se valoriza as suas experiências, expectativas, valores e crenças, conseguindo assim identificar as suas reais necessidades (McCarthy et al., 2009).

A quarta característica refere-se à importância da qualidade da relação estabelecida entre enfermeiro e cliente para a qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido as competências de maior importância na relação enfermeiro/cliente são a empatia, discernimento e uma capacidade para procurar os meios para obter os resultados desejados para as necessidades do cliente (Gastmans, 1998, referido por McCarthy et al., 2009).

No processo de relação do enfermeiro com o cliente, a teórica ressalta quatro fases de atuação no processo de enfermagem: orientação, identificação, exploração e resolução. Cada uma das fases é caracterizada por papéis ou funções desempenhadas pelo enfermeiro, à medida que enfermeiro e cliente aprendem a trabalhar em conjunto na resolução das dificuldades do cliente (Peplau, 1993 referido em Moraes, Lopes & Braga, 2006). Essas fases estão interrelacionadas, variam quanto à sua duração temporal e podem apresentar momentos sobrepostos, dependendo da evolução do processo de resolução dos problemas identificados.

Na fase de orientação a enfermeira tenta identificar as necessidades do cliente, colhendo informação pertinente através de um processo de escuta ativa. É através da solicitação da descrição de histórias pessoais do cliente que se tenta compreender como o cliente percebe a dificuldade que está experimentando, oferecendo à enfermeira a oportunidade de reconhecer as suas carências de informação e compreensão acerca do problema (Almeida, Lopes & Damasceno, 2006).

À medida que a relação avança, passa-se à fase de identificação. É nesta fase que a relação terapêutica é encaminhada para a resolução dos problemas identificados na fase anterior. O enfermeiro tenta ajudar o cliente a responder às suas necessidades, desempenhando um papel de consultor, colocando questões que promovam a reflexão e guiem o cliente na busca de soluções individuais para a resolução dos seus problemas. O foco da atenção do enfermeiro devem ser as reações do cliente à doença e a promoção da auto-compreensão (McCarthy et al., 2009).

Na terceira fase, a fase exploratória, é estabelecido e aplicado o plano terapêutico. Durante esta fase é negociado o plano terapêutico, são identificadas as prioridades a trabalhar e é dado o suporte necessário ao cliente para aplicar as estratégias identificadas na fase anterior. A enfermeira assume vários papéis nesta fase como o de

professor, de conselheiro e de líder (Peplau, 1997 referida em McCarthy et al., 2009). A mudança de papel depende das reações e necessidades reveladas pelos clientes, pelo que o enfermeiro deve ter uma profunda compreensão dos diferentes papéis, de forma a adequar com sucesso a sua intervenção. É também nesta fase que se inicia a discussão do processo de desvinculação e o final da relação terapêutica.

A última fase é a fase de resolução. Nesta fase o enfermeiro faz a resumo das intervenções realizadas, dos avanços conseguidos e acontece o encerramento gradual da relação. Para que a resolução aconteça de forma bem-sucedida, há a necessidade da libertação gradual da identificação com as pessoas que prestaram ajuda e da criação e fortalecimento da capacidade de atuar por si mesmo (Almeida et al., 2006).

Refletindo sobre as características inerentes às relações de cuidar e às fases de atuação no processo de enfermagem defendidos pela teoria de Peplau, conclui-se que a relação terapêutica e a comunicação enfermeiro-cliente são os componentes essenciais desta teoria. No processo de incorporação dos princípios de Peplau na prática especializada e a necessária interdisciplinidade dos conhecimentos mobilizados pelo EESM, foi necessário aprofundar conhecimentos sobre relacionamento terapêutico e comunicação terapêutica.

A componente fundamental da teoria de Peplau é a relação terapêutica. A OE (2011, p. 17) refere que a relação terapêutica:

“Caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde (...) envolvendo as pessoas significativas para o cliente individual (família ou convivente significativo) ”

Stuart & Laraia (2001) referem que o enfermeiro necessita de adquirir certas habilidades ou qualidades para iniciar e manter um relacionamento terapêutico, incorporando o comportamento verbal e não-verbal e as atitudes e os sentimentos que estão por trás da comunicação. Propõem a divisão destas habilidades ou qualidades em dimensões de resposta (autenticidade, respeito, compreensão empática e sentido de realidade) e dimensões da ação (confrontação, imediatismo, autorrevelação do enfermeiro, catarse

emocional e a teatralização). Durante os ensinamentos clínicos estas habilidades foram mobilizadas de acordo com o defendido por estes autores.

Tendo em conta a importância atribuída por Peplau à comunicação, durante este processo de aprendizagem foi necessário desenvolver competências na aplicação das técnicas de comunicação. Utilizou-se como referencial o proposto por Stuart & Laraia (2001), que referem que para a comunicação ser efetiva e facilitadora do estabelecimento de uma relação terapêutica e da implementação do processo de enfermagem, deve respeitar duas exigências. Estas exigências são: toda a comunicação deve visar a preservação da autoestima tanto de quem ajuda quanto de quem é ajudado; e a utilização das técnicas de comunicação para a compreensão do cliente deve preceder qualquer oferta de informações ou de conselhos. Os mesmos autores identificam as seguintes técnicas de comunicação: Escuta ativa; Aberturas amplas; Reafirmação; Clarificação; Validação; Focalização; Troca de percepções; Identificação do tema; Silêncio; Humor; Informação; e Sugestões (Stuart & Laraia, 2001).

Com este capítulo pretendeu-se apresentar uma conceção de cuidados de enfermagem de saúde mental na comunidade e as suas bases legais, refletindo sobre qual o papel do EESM nessa conceção, e sobre alguns dos princípios teóricos que suportaram a prática especializada em enfermagem de saúde mental.

2. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA EM ENFERMAGEM

No processo de escolha dos contextos de ensino clínico teve-se em consideração a necessidade de desenvolver competências de EESM, enquadrado num projeto de aprendizagem construído com espírito crítico e reflexivo sobre a realidade da prática especializada em enfermagem de saúde mental apresentada no capítulo anterior.

O ensino clínico I, foi desenvolvido da Unidade de Cuidados na Comunidade Ponte para Saúde (UCCPS) entre 02 de Maio e 15 de Julho de 2012. Este ensino clínico teve como objetivo a promoção da “reflexão baseada na teoria e no desenvolvimento de competências em meio clínico envolvendo o planeamento e a prestação de cuidados de enfermagem ao indivíduo e família integrado numa comunidade” (Gomes & Henriques, 2012, p. 06). A escolha de uma UCC para realizar o ensino clínico em contexto comunitário é fundamentada na análise das unidades implementadas na comunidade, sendo que se considerou as UCC as unidades que mais facilmente integram as competências do EESM, dado o compromisso assistencial das UCC definido no Despacho n.º 10143/2009 de 16 de Abril de 2009.

O ensino clínico II, desenvolvido no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental (SPSM) do Hospital distrital de Santarém EPE (HDS), serviço de internamento, entre 1 de março e 30 de abril de 2012. Gomes & Henriques (2012, p. 06) referem que o ensino clínico desenvolvido em cuidados de saúde diferenciados visa a “reflexão baseada na teoria e no desenvolvimento de competências em meio clínico envolvendo prestação de cuidados de enfermagem especializados ao indivíduo/família, em contexto de internamento”. Escolheu-se o serviço da área de influência da UCCPS numa lógica de continuidade e transferência de conhecimentos sobre a dinâmica funcional das estruturas que apoiam a comunidade abrangida pela UCCPS.

A caracterização dos serviços será apresentada seguindo o enunciado descritivo “organização dos cuidados de enfermagem” apresentado no RPQCEESM (OE, 2011).

2.1. SERVIÇO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL DO HOSPITAL DISTRITAL DE SANTAREM

O Departamento de Psiquiatria do Hospital Distrital de Santarém, EPE, é constituído pelo Serviço de Internamento, pelo Hospital de Dia, Urgência Psiquiátrica, Pedopsiquiatria e Consulta Externa.

A missão desta unidade é “diagnóstico, tratamento, reabilitação e integração dos doentes, no seu contexto familiar, assente nos melhores conhecimentos científicos e éticos, com uma atitude empática e espírito de equipa”; tem como visão “ser um departamento de confiança, agradável para os utentes pelo conforto das suas instalações, estabilidade e empatia da equipa técnica” e “Ser um Departamento onde as pessoas gostam de trabalhar em espírito de equipa, com articulação entre equipas e onde se sintam reconhecidas pelo seu mérito”; e como valores definidos tem a “humanização, segurança e Equidade” (Hospital Distrital de Santarém EPE, 2012, p. 5).

Abrange uma população de cerca de 250 mil pessoas (INE, 2011), pertencentes a alguns concelhos do distrito de Santarém, nomeadamente Rio Maior, Cartaxo, Coruche, Salvaterra de Magos, Almeirim, Alpiarça, Chamusca e Santarém. Apesar de não existirem dados específicos em relação à prevalência de doença mental nesta região, pode-se extrapolar os dados nacionais (Caldas e Xavier, 2010), que preveem uma incidência 22,9% de pessoas que apresentaram uma perturbação psiquiátrica de algum grau de gravidade nos últimos 12 meses, ou seja, neste caso serão aproximadamente 57.000 pessoas por ano.

Segundo a direção do Departamento de Psiquiatria (2014) em 2013 existiram um total de 495 internamentos no serviço. A duração média do internamento foi de 11,2 dias, com o máximo de 79 dias. Os diagnósticos médicos mais prevalência foram a Perturbação Bipolar (28%), seguida da Depressão Major (20%) e da Esquizofrenia (18%).

O serviço de internamento está localizado no piso 1 do hospital. É uma unidade de acesso reservado, sendo necessário estar credenciado com registo de dados biométricos (leitura de impressão digital) para entrar ou sair do serviço. Tem capacidade total para 18 clientes distribuídos por 7 enfermarias. À saída de cada enfermaria encontram-se as casas de banho, que são trancadas após os horários de higiene estipulados pelo serviço

(entre as 8 e as 9h30), sendo reabertas após solicitação dos clientes que delas necessitem.

Quanto à estrutura física, a zona dos espaços sociais compreende: uma zona de refeições onde os clientes fazem as suas refeições, atividades ocupacionais e recebem as visitas; e uma sala de convívio que dispõe de sofás, televisão, computador e matraquilhos para distração dos clientes. Existe também no serviço uma sala com material de cabeleireiro, com utilização condicionada, que os clientes podem utilizar desde que estejam reunidas condições, sempre e apenas com supervisão de um técnico de saúde.

Nas áreas destinadas a uso pelos profissionais, o serviço está dotado com: uma copa; vestiário para os profissionais; sala de trabalho de enfermagem, onde se encontra o stock de medicação do serviço, razão porque está sempre fechada à chave; sala de enfermagem; uma sala de reuniões; um gabinete para entrevistas médicas; uma sala para os sujeitos; uma arrecadação; e uma casa de banho para os profissionais. No serviço há uma porta que dá acesso a um terraço, que pode ser utilizado para atividades ou para os clientes poderem fumar, a horas estipuladas e sempre sob a supervisão de um técnico de saúde.

No piso zero existe ainda um ginásio onde os clientes realizam algumas das atividades programadas, tanto com a terapeuta como com os enfermeiros do serviço.

Quanto ao funcionamento do Departamento de Psiquiatria, os clientes podem ser admitidos no serviço de internamento de psiquiatria encaminhados pelos psiquiatras da consulta externa, da urgência psiquiátrica ou da urgência geral. A alta do serviço é determinada pelo psiquiatra, sendo elaborados para o efeito vários relatórios de alta pelas diferentes áreas profissionais e que são entregues ao cliente/familiar. As cartas de alta de Enfermagem são ainda enviadas por correio eletrónico para o enfermeiro que faz a ligação com o Departamento de Psiquiatria nos diferentes Centros de Saúde da área de abrangência do HDS.

A equipa multidisciplinar do serviço de internamento é constituída por: 12 enfermeiros, dos quais 9 são especialistas em enfermagem de saúde mental e 1 é especialista em enfermagem médico-cirúrgica; 7 médicos; 2 assistentes sociais; 1 psicóloga; 1 terapeuta ocupacional; e 8 assistentes operacionais. A gestão dos cuidados ao cliente é multidisciplinar, existindo uma reunião semanal entre os diferentes elementos da

equipa, na qual se discute e planeia a gestão dos casos dos clientes internados, bem como se debate outras questões relevantes do funcionamento do serviço. Habitualmente estão presentes nesta reunião, um psiquiatra, um enfermeiro, um assistente social, a terapeuta ocupacional e psicólogas do serviço de consulta externa de psiquiatria.

O funcionamento do serviço de internamento de Psiquiatria é regulado por um conjunto de regras, que tentam implementar uma rotina previsível ao quotidiano dos clientes. O cliente/família são informados no momento do internamento dessas regras, sendo distribuídos para esse efeito dois folhetos informativos, um ao cliente e outro ao familiar/pessoa significativa. A existência de protocolos que estabelecem estes procedimentos vai ao encontro de um dos indicadores apontados no PNSM 2007-2016 como necessário à melhoria da qualidade dos serviços, no caso “a implementação de normas de tipo organizativo na atividade de rotina em todos os serviços do país (protocolo de receção e acolhimento, direitos e deveres de utentes, informação genérica sobre os processos terapêuticos)” (Ministério da Saúde, 2008). Outros indicadores apontados pelo mesmo documento como necessários à melhoria da qualidade, tais como a “avaliação dos níveis de satisfação dos utentes dos serviços de psiquiatria”, “implementação de normas de boas práticas assistenciais” e “elaboração e implementação de normas sobre programas terapêuticos integrados para doentes com perturbações psiquiátricas graves, incluindo reabilitação, de acordo com a evidência científica” (Ministério da Saúde, 2008), não se encontram ainda implementados.

Em termos do método de trabalho utilizado pela equipa de Enfermagem, este baseia-se na distribuição de clientes pelos diferentes enfermeiros do turno, não existindo um enfermeiro responsável pelos processos individuais dos clientes. Por este facto não existe uma diferença na prática entre os cuidados prestados pelo enfermeiro especialista em Saúde Mental e o enfermeiro de cuidados gerais.

QUADRO 1 – Avaliação do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do HDS segundo o modelo de organização dos serviços de cuidados de enfermagem proposto pelo RPQCE (OE, 2011)

Parâmetros do RPQCE	Avaliação do serviço de internamento Departamento de Psiquiatria do Hospital Distrital de Santarém, EPE
Existência de um quadro de referência para o exercício profissional de enfermagem especializada em saúde mental	O serviço não possui um modelo conceptual de referência, tal como a instituição. Existe apenas referências para a prestação de cuidados baseadas no código deontológico dos enfermeiros.

Existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros	O serviço iniciou em 2011 um processo de acreditação externa para a certificação de qualidade pela ACSA. Na sequência deste processo, foram elaborados um conjunto de standarts que organizam a atividade desenvolvida no serviço. Também se iniciou-se 2 projetos de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem na área da “prevenção de complicações” (OE, 2011), mais especificamente nas temáticas “prevenção UP” e “prevenção de quedas”. Decorrente destes projetos estão elaborados manual de boas práticas nestas temáticas, com definição de indicadores de eficiência.
Existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente;	O serviço de internamento utiliza o aplicativo informático SAPE baseado na CIPE® versão β2 para a realização dos registos de enfermagem. O Resumo Mínimo de Dados usado pelo SAPE é adaptado à área de saúde mental e foi elaborado pela equipa de enfermagem do serviço. Integra os diagnósticos de enfermagem, as intervenções que podem ser desenvolvidas pelos enfermeiros e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem. Os registos de incidentes ou eventos adversos são registados no SNNIEA (sistema nacional de notificações de incidentes e eventos adversos) pelo gestor local do SNNIEA.
Satisfação dos enfermeiros, relativamente à qualidade do exercício profissional	Atualmente ainda não está implementado nenhum sistema de monitorização da satisfação dos enfermeiros.
Número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem	A equipa de enfermagem do serviço de internamento é constituída por 12 enfermeiros. Aplicando a fórmula de cálculo das necessidades de enfermeiros ¹ , este serviço necessitaria de 12 enfermeiros ² para manter as dotações seguras, pelo que se pode concluir que as dotações seguras estão mantidas.
Existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora de desenvolvimento profissional e da qualidade	Existe um enfermeiro responsável pela coordenação da formação em serviço, que elabora em colaboração com a chefia de enfermagem o plano anual de formação (com base nas necessidades formativas identificadas), gere as sessões de formação a realizar e elabora um relatório sobre as atividades desenvolvidas.
Utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade	O método de trabalho utilizado pela equipa de Enfermagem baseia-se na distribuição de clientes pelos diferentes elementos no turno, não existindo um enfermeiro responsável por processos individuais de clientes. Por este facto na prática não existe uma diferença entre os cuidados prestados pelo enfermeiro especialista em Saúde Mental e o enfermeiro de cuidados gerais.

Analisando o quadro 1, aponta-se a necessidade do serviço adotar um modelo teórico que oriente a prestação de cuidados, pois estes “oferecem uma primeira articulação do que é a enfermagem e do que os enfermeiros fazem; proporcionam a conceptualização de como ajudar as pessoas no conforto, como realizar os tratamentos com o menor risco

¹ Circular Normativa nº 01/2006 de 12 de janeiro (Ministério da Saúde, 2006).

² O cálculo das necessidades de enfermeiros foi realizado através da seguinte fórmula:

$$EN = (LP \times TO \times HCN/DI \times N^\circ \text{ dias ano}) / T$$

EN refere-se ao número de enfermeiros necessários; LP equivale à lotação praticada (18 clientes); TO equivale à taxa de ocupação esperada (84% em 2013, segundo dados do departamento de psiquiatria do Hospital de Santarém, EPE); HCN/DI equivale ao número de horas de cuidados necessárias por dia de internamento (2.85); e T refere-se ao número de horas de trabalho por enfermeiro e por ano (1268).

e como aumentar o bem – estar; oferecem uma linguagem comum de base e um acordo acerca de quem são os clientes” (Amendoeira, 2000).

A satisfação profissional é:

“o resultado da avaliação (periódica) que cada um de nós faz, em jeito de balanço, relativamente ao grau de realização dos seus valores, necessidades, preferências e expectativas profissionais (...) é um importante indicador do clima organizacional e, mais do que isso, um elemento determinante da avaliação da qualidade das empresas e demais organizações, a par da satisfação dos clientes” (Graça, 2010).

Aponta-se então a necessidade monitorizar este parâmetro, sendo este o ponto de partida para o processo de planeamento de intervenções que visem a melhoria da satisfação profissional dos enfermeiros do serviço.

Relativamente à organização dos cuidados de enfermagem, sendo a abordagem terapêutica ao cliente de âmbito multidisciplinar, poder-se-á sugerir a implementação do método de gestão de caso, uma vez que este possibilita a “organização, avaliação, negociação, coordenação e integração de serviços e benefícios para o cliente” (Regulamento n.º 129/ 2011 de 18 de fevereiro), melhorando assim os cuidados prestados ao cliente. Neste contexto seria possível aplicar de maneira mais efetiva as competências do EESM, integrando mais regularmente na rotina do serviço atividades psicoeducativas, psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e de relaxamento, melhorando assim o atendimento prestado aos clientes internados

2.2. UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS PONTE PARA A SAÚDE

Segundo o decreto-lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, as UCC prestam:

“Cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (Portugal, 2008, p. 1184).

A Unidade de Cuidados na Comunidade Ponte para a Saúde (UCCPS) iniciou a sua atividade em 2012 e presta cuidados a clientes residentes no conselho de Coruche. A área de abrangência desta UCC é a totalidade do concelho de Coruche. Este concelho: tem uma área de aproximadamente 1120 Km² e uma população estimada de 19.944 habitantes (INE, 2011); tem uma densidade populacional de 17,8 hab/Km², muito inferior à média nacional (118,6 hab/Km²); está inserido num meio rural, em que as habitações estão maioritariamente agregadas em pequenos núcleos habitacionais isolados, com más acessibilidades e a uma grande distância da sede de concelho, muitas vezes mais de 20 Km; apresenta uma população muito envelhecida, sendo o índice de envelhecimento³ de 248%⁴ em 2013 e Índice de Dependência de Idosos⁵ de 47,81 %⁶ em 2013; a taxa de analfabetismo no Concelho de Coruche é de 27% (INE, 2011), muito superior à média nacional (19,2%); em termos de atividade económica existe uma grande ênfase na percentagem de habitantes que se dedica ao sector primário 22,5% (INE, 2011), sendo muito superior à média nacional (2,8%).

Esta UCC situa-se no edifício do Centro de Saúde de Coruche, partilhando estas instalações com a USF Vale do Sorraia (USFVS) e a Unidade de Saúde Pública de Coruche. Dada a área de influência e a população ser idêntica a estas unidades, a UCC tem protocolos de articulação com a USFVS e com USPC referentes à referenciação de clientes entre unidades, partilha de recursos e articulação de competências. A UCC participa ainda, tal como todas as outras estruturas do Centro de Saúde, na formação dos diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases: pré -graduada, pós -graduada e contínua.

A UCC Ponte para a Saúde tem uma equipa multidisciplinar composta por: 7 enfermeiras, das quais 2 especialistas em enfermagem comunitária, 1 especialista em enfermagem de saúde mental e 1 especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica; 1 Fisioterapeuta; 1 assistente técnica; e 1 assistente social que cede algumas horas à UCC.

³ Índice de Envelhecimento (IE): [População Idosa (> ou igual a 65 anos) / População 0-14 anos x 100]

⁴ IE 2013 = 5869 / 2367 x 100 = 248 %

⁵ Índice de Dependência de Idosos (IDI) - [População Idosa (> ou igual a 65 anos) / População em idade ativa (15 a 64 anos) x 100]

⁶ IDI 2013 = 5869 / 11899 x 100 = 47,81 %

Da carteira de serviços da UCCPS fazem parte atividades específicas da UCC e programas de parceria em que a UCC participa, indo ao encontro no disposto no ponto nº 4, do artigo n.º 9, do Despacho do Ministério da Saúde n.º 10143/2009 de 16 de abril. Apresenta-se seguidamente, de forma sucinta os principais programas desenvolvidos pela UCC:

Equipa de Cuidados Continuados Integrados: Os Cuidados Continuados Integrados são um conjunto de intenções sequenciais de saúde e ou apoio social, decorrentes de uma avaliação conjunta, centrada na recuperação global, entendida como processo terapêutico e de apoio social ativo, e contínuo, que visa promover a autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação e reinserção familiar e social. (Decreto Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho).

Curso de preparação para o parto e para a parentalidade: A preparação para o parto e parentalidade pretende ajudar o casal a viver o momento do parto com menos ansiedade, aumentando a sua confiança e as suas capacidades para cuidar do bebé, permitindo-lhes vivenciar em toda a sua plenitude esta etapa de vida, ensinando estratégias a aplicar quer ao nível do relaxamento, quer ao nível das contrações, quer no nascimento, com a certeza de que saberão dar o melhor a si e ao seu bebé, desde o momento da conceção.

Saúde Escolar: A intervenção em Saúde Escolar visa o desenvolvimento de ações transversais aos vários graus de ensino, onde se sensibiliza as crianças e jovens para várias temáticas, com vista a reduzir comportamentos de risco.

Sendo a saúde um dos principais recursos da comunidade, a UCCPS assume-se como o parceiro na área da saúde das principais estruturas da comunidade, nomeadamente a Rede social do Concelho de Coruche, Núcleo local de inserção do concelho do Coruche e a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens. Salienta-se a inexistência de projetos na área de saúde mental, dado que o ensino clínico a que se refere este relatório de estágio coincidiu com o processo de integração da EESM que integra a equipa da UCCPS.

QUADRO 2 – Avaliação da UCCPS segundo o modelo de organização dos serviços de cuidados de enfermagem proposto pelo RPQCE (OE, 2011)

Parâmetros do RPQCE	Avaliação da UCC
Existência de um quadro de referência para o exercício profissional de enfermagem especializada em saúde mental	Modelo teórico de referência é o Modelo de Nancy Rooper, uma vez que é o modelo adotado pelo ACES da Lezíria.
Existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros	UCC iniciou em 2014 a monitorização da satisfação dos clientes inseridos em ECCI e no curso de preparação para o parto e parentalidade. Com estes questionários os profissionais da UCCPS pretendem identificar os pontos fortes e os pontos fracos da prestação de cuidados e ser este um ponto de partida para a implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade
Existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente;	Os registos das intervenções desenvolvidas pelos profissionais da UCC é feito no SAPE. O SAPE é baseado na CIPE® versão β2 e o resumo mínimo de dados disponível para uso da UCC está direcionado sobretudo para a registo das intervenções desenvolvidas ao nível do indivíduo. Os registos que se podem efetuar das intervenções realizadas com a família/comunidade são muito limitados, dado ser muito difícil identificar os grupos/comunidades alvo de intervenção, os diagnósticos de enfermagem mais frequentes, as intervenções desenvolvidas e os resultados em saúde obtidos. Para os clientes inseridos em ECCI, existe uma plataforma de registo específica ao nível nacional, em que são registadas as avaliações de enfermagem de parâmetros previamente estabelecidos com periodicidades mensais ou sempre que haja alterações relevantes do estado de saúde do cliente.
Satisfação dos enfermeiros, relativamente à qualidade do exercício profissional	Em 2014 a UCC iniciou um processo de monitorização da satisfação dos profissionais através da resposta anónima a uma única questão aberta: “O que eu mudava na UCC?”. As respostas serão discutidas em reunião de equipa
Número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem	Não se procedeu à avaliação deste parâmetro.
Existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora de desenvolvimento profissional e da qualidade	No plano de ação da UCCPS (2009) está definido um programa de desenvolvimento profissional e formação contínua, que começou a ser aplicado com o início da atividade e será reavaliado na elaboração do próximo plano de ação.
Utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade	A metodologia de organização de cuidados depende do programa em que o cliente está inserido. No curso preparação para o parto e parentalidade, no programa de saúde escolar e no ELI funciona a metodologia de enfermeiro responsável pelo programa. Nos clientes inseridos na ECCI funciona a metodologia de gestão de caso, sendo os casos distribuídos por todos os enfermeiros da UCC. Na escolha do enfermeiro gestor de caso privilegia-se a relação entre a especificidade das necessidades de cuidados dos clientes e a formação específicas dos profissionais

Analisando o quadro 2, aponta-se a necessidade do desenvolvimento do SAPE no sentido de possibilitar o registo das prestações de cuidados à família/comunidade. A OE (2007) aponta como prioritário a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de

enfermagem, com um forte enfoque nos resultados, sendo para isso necessário que os sistemas de informação em enfermagem (SIE) disponibilizem informação capaz de auxiliar os programas locais de promoção e melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Neste sentido, esta ineficiência do SAPE é um dos grandes entraves do desenvolvimento de sistemas de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem e da monitorização da aplicação dos padrões de qualidade de enfermagem. No entanto, salienta-se a preocupação da equipa no sentido de identificar a opinião dos seus clientes sobre os cuidados prestados pela UCC.

Relativamente às dotações seguras, a Associação de Enfermagem do Estado da Carolina do Norte (2005) citado em OE (2006) refere que “as dotações seguras refletem a manutenção da qualidade dos cuidados aos doentes, das vidas profissionais dos enfermeiros e dos resultados da organização”, pelo que a avaliação deste parâmetro numa instituição é fulcral para o processo de avaliação da qualidade da mesma.

Por outro lado, o Ministério da Saúde e OE (2011) referem que para calcular as dotações seguras das UCC deve-se ter em conta “a área geográfica dos Centros de Saúde que integram o ACES; a geodemografia da comunidade abrangida (...); o diagnóstico de saúde da comunidade e as equipas domiciliárias da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) que a integram (...)” (Ministério da Saúde e OE, 2011, p. 13). Este argumento parte do pressuposto que nos “cuidados de saúde na comunidade a realização de atividades de consulta, as deslocações aos domicílios, as visitas domiciliárias, as atividades de ensino, os projetos de intervenção ou articulação intersectorial, exigem tempo para além do da prestação direta de cuidados” (Conselho de enfermagem, 2009, p. 20). Sendo assim, e tendo em conta estes argumentos, o processo de avaliação para esta UC não foi realizado, dadas as particularidades da comunidade e um conjunto de circunstâncias relacionadas com a organização do Centro de Saúde de Coruche que tem influenciado o normal funcionamento desta UCC.

3. ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES

Durante os ensinamentos clínicos foram desenvolvidas um conjunto de atividades que partiram de um planejamento prévio, resultante da análise realizada em conjunto os enfermeiros tutores sobre as necessidades em saúde mental dos locais onde se realizaram os ensinamentos clínicos, o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, RPQCEESM e um conjunto de princípios teóricos que suportam todas as intervenções desenvolvidas.

Assim, é fundamental fazer o balanço do processo de aquisição de competências e analisar as atividades desenvolvidas, apresentando uma reflexão crítica sobre as mesmas, baseada nos princípios teóricos que as fundamentam e nas competências desenvolvidas. Tendo em conta os objetivos desta reflexão, considerou-se que a metodologia de análise das atividades baseada em incidentes críticos seria facilitadora, pelo que será usada nesta análise.

3.1. INCIDENTES CRÍTICOS

Para Ribeiro, Souza, Barreto, Neves & Barbosa (2012) a utilização da Técnica de Incidentes Críticos (TIC) na investigação em enfermagem possibilita a reflexão e a descrição de situações práticas de enfermagem; a compreensão dos diferentes papéis assumidos pelos enfermeiros nas diversas atividades e processos realizados; a prática reflexiva no processo de ensino em enfermagem; a análise de indicadores de qualidade de atendimento; mais-valias para a melhoria do funcionamento dos serviços de saúde, através da identificação de lacunas ou áreas críticas que ocorrem no cuidado de enfermagem.

Segundo Flanagan (1954, referido em Sousa & Ribeiro, 2013) um incidente corresponde à atividade humana observável, que permite inferir sobre o sujeito e a sua ação; é crítico pois a intenção da ação tem determinado significado para o narrador.

Segundo Ribeiro et al. (2012), a aplicação das TIC permite captar fatores culturais, valores, experiências, sentimentos, emoções dos sujeitos que vivenciaram uma “situação”, que originou um “comportamento” e uma “consequência”, sendo estes os três componentes fundamentais para se caracterizar o incidente crítico.

Partindo destas premissas vai-se proceder, ao longo deste subcapítulo, à descrição e análise de cinco incidentes críticos desenvolvidos nos dois contextos de ensino clínico usando a TIC. No final de cada incidente crítico apresenta-se uma pequena análise final das competências e que se considerou terem sido desenvolvidas. A referência às competências comuns do enfermeiro especialista será realizada com base nos códigos apresentados no regulamento n.º 122/ 2011 de 18 de fevereiro (Anexo I) e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental com base no Regulamento n.º 129/ 2011 de 18 de fevereiro (Anexo II).

Assim, o primeiro incidente crítico refere-se ao processo de elaboração de uma proposta de catálogo CIPE na área de saúde mental para a UCCPS. Optou-se por abordar esta atividade dada a importância do registo das intervenções especializadas em saúde mental na avaliação dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

O segundo incidente crítico refere-se ao processo de identificação e caracterização dos clientes com esquizofrenia residentes no concelho de Coruche. A inclusão desta atividade deve-se à importância atribuída à elaboração de um perfil de saúde mental desta população de clientes para planeamento de um programa de intervenção ajustado à realidade existente.

O terceiro incidente crítico refere-se a um estudo de caso desenvolvido em contexto comunitário com uma cliente com diagnóstico de TAB que recentemente tinha tido alta hospitalar. Optou-se por incluir esta atividade por demonstrar a aplicação das competências específicas do EESM no acompanhamento da cliente/família após alta hospitalar na comunidade.

O quarto incidente crítico retrata a aplicação de um programa de intervenção em clientes com diagnóstico de depressão em contexto de internamento. Analisou-se esta atividade no intuito de refletir sobre a aplicação das competências específicas do EESM em contexto de internamento, de forma estruturada e que possibilite a avaliação dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados.

O quinto incidente crítico refere-se ao desenvolvimento de uma atividade no âmbito da melhoria contínua realizada no serviço de internamento. Abordou-se esta atividade dada a relevância desta área para a profissão de enfermagem e o interesse da temática em que versou a sessão de formação em serviço para a prestação de cuidados.

3.1.1. Proposta de catálogo CIPE na área de saúde mental

A existência de suportes de registo para as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros e a monitorização dos ganhos em saúde daí resultantes constituem-se como um dos parâmetros de qualidade dos cuidados estabelecidos pela OE (2001). No ensino clínico desenvolvido em contexto comunitário, embora existisse um sistema de registo de intervenções de enfermagem informatizado (SAPE) baseado na CIPE[®] versão β2, o resumo mínimo de dados não estava desenvolvido na área de saúde mental, pelo que muitas das intervenções propostas para o ensino clínico não se conseguiriam registar.

O RPQCESM (OE, 2011) aponta a necessidade da existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, os diagnósticos de enfermagem especializados em saúde mental do cliente, as intervenções próprias de enfermagem especializada em saúde mental e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem especializada obtidos pelo cliente.

Também Sequeira (2006, p. 16) refere que: “a informatização dos cuidados, valoriza a prática, (...) proporciona uma visibilidade de acordo com o contexto real da prestação de cuidados, facilita e promove a investigação (através da possibilidade de comparar dados entre doentes com problemas similares, inter-serviços, interinstituições)”

Segundo a OE (2009) os catálogos CIPE^{®7} permitem aos enfermeiros que trabalham numa determinada área de especialidade ou numa área focal de enfermagem integrarem mais facilmente a CIPE[®] na sua prática. Também aponta a Saúde Mental como uma das áreas de prioridade para o desenvolvimento de catálogos CIPE[®].

Os catálogos CIPE[®] colmatam uma necessidade prática na construção de sistemas de informação de saúde ao descreverem os diagnósticos, resultados e intervenções de

⁷ Catalogo CIPE é “um conjunto de diagnósticos de enfermagem, intervenções em enfermagem e resultados para uma área de especialidade ou área clínica” (CIE, 2005, p. 183)

enfermagem apropriadas para áreas particulares de cuidados. Os catálogos não substituem o juízo de enfermagem. O parecer clínico e a tomada de decisão do enfermeiro serão sempre essenciais para a prestação de cuidados individualizados aos clientes e às respetivas famílias. (OE, 2009).

Usando alguns dos princípios da metodologia de elaboração de catálogos CIPE[®] proposta pela OE (2009), foi elaborado em colaboração com a enfermeira tutora do ensino clínico um plano de intervenção como se de um catálogo se trata-se. Este plano de intervenção (Anexo III) foi baseado na CIPE[®] versão β2, dado ser esta a versão base para o resumo mínimo de dados inseridos no SAPE utilizado no serviço.

Segundo o CIE (2009, 2011) referido em Passos, Sequeira & Fernandes (2013) os enfermeiros ao iniciarem a elaboração de um catálogo devem selecionar uma ou mais prioridades de saúde e um grupo ou uma população específica. Tendo por base um fenómeno de enfermagem, uma área de especialidade ou contexto de cuidados ou uma condição de saúde específica, o primeiro passo da construção de um catálogo diz respeito à identificação de focos relevantes para a prática de enfermagem relacionados com a prioridade de saúde ou população selecionada. Na elaboração deste plano de intervenção optou-se por direccionar os focos para as três patologias que levam a maior número internamentos no hospital de referência do concelho de Coruche, as perturbações depressivas, as perturbações psicóticas e as perturbações bipolares.

Partindo destas patologias identificou-se focos de enfermagem que estivessem mais relacionados com as suas manifestações clínicas mais frequentes segundo a APA (1996): sintomas positivos da perturbação psicótica (delírios, alucinações, agressividade, ansiedade); sintomas negativos da perturbação psicótica (isolamento, apatia, abolia); sintomas positivos da perturbação bipolar (auto-estima, euforia, insónia, humor, agitação, comunicação e ansiedade); e das perturbações depressivas e dos sintomas negativos da perturbação bipolar (humor, interação social, auto-estima, insónia ou sono e vontade de viver). A ênfase na sintomatologia das patologias está relacionada com o potencial desestabilizador dos sintomas para o cliente e para a família.

Foram também englobados neste plano de intervenção dois focos considerados transversais a todas as patologias crónicas, a adesão ao regime terapêutico e o processo familiar. Segundo Claros (2009) referido em Monterroso, Pierdevara, & Joaquim (2012)

a não adesão ao regime terapêutico é um dos principais obstáculos para o controle adequado da sintomatologia dos transtornos mentais, sendo um dos principais fatores de prognóstico, aumento significativo das probabilidades de recaídas e aumento do número e duração dos internamentos, pelo que qualquer proposta de intervenção nesta área terá que obrigatoriamente de englobar este foco.

Englobou-se também o foco “processo familiar” dado o impacto das doenças mentais têm na família do cliente (Wright e Leahey, 2009 referidos em Carvalho, 2012). Hanson (2005) referido em Carvalho (2012) também considera este foco relevante para a prática da enfermagem, uma vez que integra áreas como: papéis, comunicação, poder, tomada de decisão, satisfação conjugal e as estratégias de *coping*.

Paralelo a este processo de construção do plano de intervenção foi elaborado uma grelha de avaliação mental e um instrumento de avaliação inicial com especial enfoque na história de doença mental do cliente e avaliação da dinâmica familiar. Entendendo o processo de enfermagem como a base do raciocínio clínico dos enfermeiros, a utilização destes instrumentos facilitou a operacionalização da fase de avaliação inicial, através da sistematização da colheita dados. Consequente, possibilitou o aumento da quantidade e qualidade de dados usados no processo de formulação de um juízo sobre a existência ou a probabilidade de ocorrer um determinado problema, ou seja, o diagnóstico de enfermagem, aqui visto como “rótulo atribuído por um enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que constitui o foco das intervenções de enfermagem” (CIE, 2011, p. 16).

Os resultados de enfermagem “são o resultado presumido das intervenções de Enfermagem medidas ao longo do tempo enquanto mudanças efetuadas nos diagnósticos de Enfermagem” (CIE, 2001 citado em OE, 2009, p. 14). Neste plano de intervenção a avaliação dos resultados de enfermagem passa modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem, sendo este um dos indicadores de resultado previsto pela OE (2006). Para alguns focos foi também prevista a utilização de escalas de avaliação validadas (Escala de ansiedade de Hamilton e Escala de auto-estima de Rosenberg), sendo que na avaliação do status dos focos “ansiedade” e “auto-estima” está balizado a utilização dos scores destas escalas.

As intervenções de enfermagem sugeridas neste plano de intervenção, enquanto “ações tomadas em resposta a um diagnóstico de enfermagem de modo a produzir um resultado

de enfermagem” (CIE, 2011, p. 16), têm o potencial para facilitar os processos de transição que a pessoa vivencia numa situação de saúde/doença, através da redução dos sinais/sintomas e da capacitação da pessoa/família para lidar com a situação. Tiveram como matriz para a sua seleção a Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC (Bulechek & Bulechek, 2010), Sequeira (2006) e o catálogo do CHMT (2011).

O processo de construção deste catálogo foi um processo bastante rico, na medida em que através da pesquisa bibliográfica e da discussão com a enfermeira tutora conseguiu-se aprofundar conhecimentos na área da avaliação do cliente/família, dos problemas de enfermagem mais frequentes em saúde mental, nas intervenções a desenvolver e na reflexão sobre os resultados e ganhos em saúde efetivamente atingidos com a intervenção do enfermeiro especialista.

Com esta atividade considera-se que se conseguiu desenvolver as competências gerais do EE: A1, D1 e as competências do eixo B e C, tal como a competência específica F1 do EESM

3.1.2. Esquizofrenia na comunidade

A Esquizofrenia é uma doença mental de evolução prolongada que atinge em média 1% da população mundial, com elevada taxa de recaídas, representa 50% dos internamentos e uma das dez principais causas de incapacidade no mundo, com custos em saúde muito elevados. (Harrison, Geddes & Sharpe, 2006)

Os objetivos do tratamento para clientes com esta patologia são tratar os sintomas, fornecer competências aos clientes e suas famílias, manter a melhoria ao longo de um período de tempo, prevenir recaídas e reintegrar estas pessoas na comunidade. Alguns estudos têm mostrado que a combinação entre um regime terapêutico (RT) adequado, a existência de suporte familiar e a educação da pessoa/família, podem reduzir a reincidência de sintomas de 50% para menos de 10%. (WHO, 2001).

A DGS (2013, p. 3) aponta a necessidade de adotar estratégias psicoeducativas com estes clientes, sendo que neste contexto a psicoeducação é:

“método para desenvolver trabalho com pessoas doentes, familiares e amigos, que combina informação clara e objetiva sobre doenças mentais, com o ensino de técnicas de resolução de problemas, estratégias de comunicação, adaptação e construção de redes sociais de apoio. Os objetivos são melhorar o prognóstico e a qualidade de vida e reduzir os níveis de stresse familiar e pessoal”

Monterroso, Pierdevara & Joaquim (2012) apontam a falha na adesão ao tratamento destes clientes como um dos principais obstáculos para o controle adequado da sintomatologia e um importante fator de recaídas. Cardoso e Galera (2005) referem que as consequências da recaída são diversas: a rutura psicossocial; desajuste do ambiente familiar; necessidade de utilização de serviços de emergência, internamentos ou de maior número de consultas para o controle clínico; aumento do custo financeiro para os serviços públicos e para a própria família.

Vários estudos apontam que as taxas de abandono ao RT⁸ em clientes com esquizofrenia são muito elevadas, podendo mesmo em alguns casos atingir valores superiores a 50%. Os fatores associados à baixa adesão ao RT centram-se nas características pessoais do cliente (idade, sexo, esquecimento, escolaridade), no ambiente envolvente (apoio familiar ou comunitário, estado civil, situação económica), na terapêutica (complexidade do RT, crenças e efeitos secundários da medicação) e na qualidade da relação estabelecida com o profissional de saúde (Monterroso et al., 2012). A falta de insight para a doença e as condições intrínsecas à própria psicopatologia (desorganização, ideias delirantes, hostilidade, déficite cognitivo, falta de motivação e de iniciativa) também são apontados como fatores importantes de não adesão ao RT (Bechelli, 2003).

Para melhorar a adesão ao RT, o CIE (2008) recomenda a utilização de estratégias comportamentais e educativas. As estratégias comportamentais incluem os lembretes e o reforço do comportamento do cliente. As estratégias educativas incluem a redução do número de medicamentos e da frequência das doses, o facultar de informação acerca dos efeitos secundários esperados e a motivação das pessoas para as alterações no estilo de vida causadas pela terapêutica.

⁸ Por adesão o RT entende-se “a medida em que o comportamento de uma pessoa, tomar a medicação, seguir uma dieta, e / ou executar alterações ao estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas com um prestador de cuidados de saúde” (WHO, 2003 citado pelo CIE, 2008, p. 31).

O plano de intervenção elaborado neste ensino clínico propunha intervenções que tinham em linha de conta as diretrizes da OE sobre adesão ao RT e as diretrizes da WHO e da DGS sobre intervenção em clientes/famílias com esquizofrenia.

Entendeu-se propor o início de uma intervenção junto das pessoas com esta patologia residentes no Concelho de Coruche, tendo em conta: a gravidade desta patologia e a maior necessidade de apoio na comunidade; a ênfase nas intervenções comunitárias junto de pessoas com doença mental crónica disposto no plano nacional de saúde mental 2007 – 2016; o isolamento de algumas comunidades dentro do concelho de Coruche; a grande dispersão geográfica das diferentes localidades do concelho; e a inexistência de um plano de intervenção minimamente estruturado nesta área.

Segundo a WHO (2001) é fundamental a análise de informações epidemiológicas que permitam identificar os grandes determinantes psicossociais da patologia e fornecerem informações quantitativas sobre a extensão e o tipo de problemas existentes na comunidade.

Deste modo, iniciou-se esta intervenção pela colheita de dados através das bases de dados existentes no Centro de Saúde (MIN@UF e SAPE) e com o pedido de informação ao serviço de consulta externa do HDS e aos profissionais de saúde que prestam cuidados na USFVS, no sentido de identificar os clientes com esquizofrenia residentes em Coruche.

Partindo dos fatores associados na literatura à não adesão ao RT, procurou-se conhecer alguns desses fatores nos clientes identificados, tais como a idade, a coabitação com família, a existência de apoio familiar, as atividades profissionais e a existência de acompanhamento em psiquiatria. Também foi avaliada a classe social através do Índice de Graffar.

Tendo em conta a complexidade da avaliação da adesão ao RT, optou-se por avaliar inicialmente apenas a adesão à terapêutica. O método usado foi a opinião dos clientes, familiares e terapeutas de referência (no caso médico e enfermeiro de família), pois este é um dos métodos de aferição de adesão ao regime medicamentoso mais utilizado (Zygmunt, Olfson, Boyer, & Mechanic, 2002).

Alguns dos dados foram colhidos através da consulta dos processos clínicos e através do pedido de cedência de informação sobre os clientes/família aos profissionais da USFVS. No entanto, a grande maioria dos dados foram colhidos no decorrer de entrevistas com o cliente/família. Estas entrevistas foram o primeiro contato com estes clientes/famílias, servindo para: colher dados para a caracterização da população, iniciar o processo de estabelecimento de uma relação terapêutica com o cliente/família e a negociação do plano terapêutico individualizado, tendo em conta as necessidades/problemas existentes. Amaral (2010, p. 69) refere que:

“a primeira entrevista/contato é um momento especificamente propositado para a determinação dos respetivos diagnósticos de enfermagem, ponto fulcral para ao invés de identificar as necessidades do cliente em termos de cuidados saúde, determinar o plano terapêutico, mediante o qual os enfermeiros vão atuar para alcançar as metas delineadas com a pessoa. Envolvendo o cliente neste processo, promove-se a sua responsabilização pela sua saúde, minimizando antecipadamente situações de desequilíbrio”.

Os diagnósticos de enfermagem identificados nestas entrevistas iniciais seriam usados para avaliar as modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem, sendo estes um indicador de resultado das intervenções e de avaliação dos ganhos em saúde decorrentes das intervenções específicas do EESM desenvolvidas com o cliente/família (OE, 2007). Tentou-se encontrar também um instrumento de preenchimento pelos profissionais que possibilitasse a comparação entre clientes em várias dimensões.

A DSM-IV-TR reconhece que o funcionamento social deve ser considerado parte integrante da avaliação da tratamento em esquizofrenia, sendo igualmente importante a satisfação dos indivíduos com a sua capacidade para atender aos papéis sociais e familiares, a sua capacidade de cuidar de si mesmos, bem como a extensão do seu lazer e atividades recreativas (Brissos et al, 2012), pelo que a utilização de um instrumento de avaliação que permitisse avaliar a evolução dos clientes atendidos nestas vertentes foi considerado importante.

Após pesquisa bibliográfica entendeu-se usar a escala PSP, *Personal and Social Performance Scale*, (Brissos et al. 2012), visto ser uma escala de preenchimento pelos profissionais e de fácil utilização ($\alpha=0,789$). Esta escala contém 4 domínios: atividades socialmente úteis incluindo trabalho e estudo, relações pessoais e sociais, autocuidado e

comportamento perturbador e agressivo. Cada domínio tem 6 graus possíveis de resposta, entre o ausente e o muito grave. Os resultados da escala vão de 0 a 100, sendo que score de 71-100 (leve ou não dificuldades de funcionamento), 31-70 (graus variados de dificuldades) e 0-30 (funcionando tão pobre que o paciente necessita de suporte intensivo e supervisão).

Partindo da lista de clientes identificados procedeu-se à marcação e realização de contactos com os clientes na USF, aquando da administração dos NIAP, e à realização de visita domiciliária a clientes que não frequentassem regularmente a USFVS.

Foram identificados 31 clientes com esquizofrenia, o que representa uma prevalência de 0,15‰ (população estimada no concelho de Coruche de 19944 habitantes segundo os censos de 2011). Esta prevalência é bastante inferior ao apontado pela generalidade da literatura.

A média de idades dos clientes identificados foi de 47 anos (SD=13,4), variando entre os 28 e os 78 anos. São maioritariamente do sexo masculino (74,2%), vivem em meio rural (71%), com a família (83,9%), não têm relação conjugal (83,9%), têm suporte familiar (80,6%), não têm atividade profissional (83,9%), tem acompanhamento regular em psiquiatria (93,5%) no HDS (77,4%) e fazem NAP (54,7%). Estes dados são semelhantes aos encontrados em Monterroso, Pierdevara & Joaquim (2012), exceto na distribuição por sexo, havendo nesta população uma maior prevalência de homens.

Através da aplicação do índice de Graffar, conclui-se que os clientes identificados pertencem maioritariamente à classe social média baixa (61,3%) e à classe social baixa (38,7%). Quanto à escolaridade, 61,3% têm a escolaridade obrigatória e 38,7% são analfabetos. Relativamente ao rendimento familiar, 58,1% têm rendimento mensal fixo e 19,4% vivem com ajudas da beneficência pública ou privada. Na análise destes dados deve-se ter em conta o perfil sociodemográfico do Concelho de Coruche, caracterizado por uma população envelhecida e que vive predominantemente dos rendimentos obtidos através de atividades ligadas ao sector primário. Estes factos justificam a baixa classe social da população, o baixo nível de escolaridade e a fonte de rendimentos ser sobretudo a reforma.

Conseguiu-se avaliar a adesão ao regime medicamentoso em 22 clientes, sendo que destes 59% referem que cumprem instituído pelos profissionais de saúde. Estes dados

vão ao encontro às percentagens de adesão ao regime terapêutico referidas na literatura (Bechelli, 2003, Monterroso, Pierdevara & Joaquim, 2012).

QUADRO 3 – Resultados da avaliação de clientes da população através da escala PSP (Brissos et al. 2012)

Nível de funcionamento pessoal e social	Score	N	%
Funcionamento pobre com necessidade de suporte intensivo e supervisão	< 30	3	14,3%
Dificuldades Graves ou moderadas de funcionamento	31 - 40	5	23,8%
	41 - 50	3	14,3%
	51 - 60	7	33,3%
	61 - 70	3	14,3%
Sem dificuldades funcionamento	> 70	0	0,0%
Total		21	

A avaliação dos clientes através da escala PSP foi efetuada a 21 clientes. Analisando o quadro 3 vemos que 14,2% (n=3) apresentam um nível de funcionamento muito pobre com necessidade de suporte intensivo e supervisão e 85,7% (n=18) apresentam um nível intermédio de funcionamento pessoal e social. Dos clientes com funcionamento social e pessoal avaliado como intermédio observa-se diferentes níveis de funcionamento, sendo semelhante o número de clientes com score entre 30 e 50 e clientes com score entre 50 - 70. Stefanopoulou et al. (2011) refere que maiores dificuldades no domínio psicossocial estão relacionadas com um maior historial de episódios psicóticos, a longa duração da doença não tratada e com a idade mais avançada no início da doença. Como tal, será necessário cruzar os resultados da avaliação desta escala com estes fatores, colhidos na avaliação inicial do cliente e da sua história da doença mental, para determinar o potencial de reabilitação individual.

Analisando a globalidade dos resultados conclui-se que nesta população a maioria dos fatores estudados tem características semelhantes aos apontados pela literatura. Salienta-se no entanto, a reduzida prevalência de clientes com esquizofrenia encontrada, o que pode significar que existe um número considerável de clientes que ou não estão diagnosticados, e como tal não recebem apoio especializado para esta patologia, ou recebem apoio de outras instituições, não estando por isso identificados nas bases de

dados consultadas. A adesão ao regime medicamentoso é baixo, embora em valores semelhante a outras populações, mostrando a necessidade de desenvolver intervenções nesta área.

Os resultados da aplicação PSP mostram níveis de funcionamento social e autocuidado baixos. Seria necessário dar cumprimento ao exposto no PNSM e iniciar programas de reabilitação psicossocial integrados na comunidade por equipas multidisciplinares através dos USMC. No entanto, este tipo de estruturas ainda não existem nesta comunidade. Dentro da atual organização dos CSP, considera-se que as UCC são as unidades com maior apetência para este tipo de acompanhamento, tendo em conta as parcerias que estabelecem com os serviços de apoio social da comunidade e com as unidades de saúde, USF e Hospitais Centrais.

Inseridos nas UCC ou outro tipo de estruturas organizacionais, o EESM na Comunidade pode ter um papel relevante nesta área de atuação, através da aplicação das competências previstas no Regulamento n.º 129/ 2011 de 18 de fevereiro, nomeadamente através: da utilização do modelo da gestão de caso, de forma a promover a efetiva organização, avaliação, negociação e coordenação dos cuidados; da promoção do empowerment da pessoa/família; da promoção do recovery e da reabilitação psicossocial.

Considera-se também que o desenvolvimento destas atividades foi ao encontro no exposto nos enunciados descritivos do RPQCEESM “prevenção de complicações”, “bem-estar e autocuidado”, “adaptação” e “redução do estigma e a promoção da inclusão social”. Reconhece-se que as intervenções desenvolvidas foram um primeiro passo que permitiram fazer um diagnóstico parcial da realidade. No entanto, entende-se que são um bom de partida para que a prática especializada cumpra em pleno o proposto nos enunciados descritivos referidos.

Com esta atividade considera-se que se conseguiu desenvolver as competências gerais do EE: A1, A2, B3 e D1. Também se considera que se desenvolveu todas as específicas do EESM.

3.1.3. Estudo de caso

O Transtorno Bipolar (TAB) faz parte dos Transtornos de Humor e pode ser encontrado no DSM-IV sob o tipo I, quando há pelo menos um episódio de mania, e tipo II, quando há pelo menos um episódio de hipomania. Ambos podem ser acompanhados de um ou mais episódios de depressão major (APA, 2002). Acarreta um enorme impacto na qualidade de vida das pessoas que sofrem desta patologia, com elevados custos financeiro, psicológicos e sociais, tanto para os clientes como para toda a sociedade (Gomes & Lafer, 2007), estando classificado como a sexta causa de incapacidade para indivíduos entre 15 e 44 anos (Figueiredo, Souza, Dell'Áglio & Argimon, 2009).

No decorrer do ensino clínico I, surgiu uma situação de uma cliente com esta patologia que tinha estado recentemente internada num serviço de psiquiatria devido a um episódio maníaco. Foi realizada uma entrevista inicial com a cliente/família em que se colheu um conjunto de dados que permitiram identificar os diagnósticos de enfermagem apresentados no quadro 4. Nessa entrevista foi negociado um plano terapêutico com a cliente/família que integrava um conjunto de intervenções psicoeducativas, psicoterapêuticas, psicossociais e relaxamento a desenvolver em quatro sessões com a periodicidade semanal.

QUADRO 4 – Comparação entre os diagnósticos de enfermagem no pré e pós-intervenção

Diagnósticos pré-intervenção	Diagnósticos pós-intervenção
Adesão ao regime terapêutico, demonstrado	Adesão ao regime terapêutico demonstrado
Conhecimento sobre fisiopatologia da doença, não demonstrado	Conhecimento sobre doença demonstrado
<i>Coping</i> Ineficaz	<i>Coping</i> eficaz
Processo familiar, não comprometido	Processo familiar, não comprometido
Interação social, diminuída em grau elevado	Interação social diminuído, em grau moderado

A pertinência do desenvolvimento de uma intervenção nesta situação baseou-se em parte nos enunciados descritivos do RPQCEESM: “bem-estar e o autocuidado”, e “adaptação”, na medida em que tentou-se maximizar o bem-estar da cliente, complementou-se as atividades de vida relativamente às quais o cliente era dependente e desenvolveu-se processos eficazes de adaptação às situações de vida e condição de saúde mental (OE, 2011).

Segundo Knapp & Isolan (2005) as abordagens ao cliente/família com distúrbio bipolar podem ser desenvolvidas individualmente ou em grupo e têm como principais objetivos a melhoria da adesão ao RT, a diminuição dos sintomas residuais, a prevenção de recaídas com conseqüente decréscimo da taxa de hospitalização (através de uma deteção precoce de sinais e sintomas de uma possível recaída) e melhorar a qualidade de vida do cliente/familiares.

A psicoeducação consiste num primeiro momento em fornecer ao cliente informação sobre a doença, o tratamento farmacológico, os efeitos secundários da medicação, as dificuldades associadas à doença, o risco de suicídio e a importância de hábitos regulares de vida. Posteriormente, deve-se incentivar os clientes a descrever os seus comportamentos em episódios de mania, hipomania e depressão, identificar variáveis para a ocorrência desses comportamentos e oferecer informações sobre estratégias e técnicas comportamentais a serem aplicadas nesses períodos. (Mussi, Soares & Grossi, 2013).

Segundo Figueiredo, Souza, Dell'Áglio & Argimon (2009) estratégias psicoeducativas que visem a compreensão por parte do cliente das diferenças entre as suas características pessoais e as características da doença, proporcionam a identificação precoce dos sintomas padrónicos, um maior conhecimento das conseqüências e fatores da doença e aumentam o empowerment para lidar com situações geradoras de stresse e ansiedade.

A psicoeducação de familiares e cônjuges potencializa os resultados terapêuticos, na medida em que aumentam o conhecimento destes sobre a doença. A aquisição de competências de gestão de crises e das situações do quotidiano de forma mais adequada também contribuí para o tratamento do cliente (Figueiredo, Souza, Dell'Áglio & Argimon, 2009). Estes aspetos foram trabalhados sobretudo na **primeira entrevista**,

única em que esteve presente um familiar da cliente. Nesta entrevista avaliou-se o processo familiar e aplicou-se estratégias psicoeducativas com vista a aumentar os conhecimentos da família sobre o processo de doença e gestão das crises e reforçar o *coping* familiar face à doença mental.

Faloon et al. (2002) refere que os sinais precoces de muitas perturbações são muito semelhantes, sendo a maioria sinais de stresse excessivo. Nalgumas perturbações mentais, os efeitos do stresse excessivo podem atuar como desencadeante de um episódio agudo. Segundo o mesmo autor cada pessoa tende a apresentar um padrão próprio de sintomas de alarme. Treinar a pessoa a conhecer esses sinais, através da reflexão sobre o que aconteceu nas últimas recaídas e auxilia-la a elaborar um plano de intervenção caso alguns desses sinais reapareça é uma forma bastante eficaz de promoção de recaídas.

Na segunda entrevista, realizada apenas com a cliente, estes princípios foram aplicados usando técnicas psicoeducativas e psicoterapêuticas. Numa fase inicial foi feita psicoeducação sobre os sinais precoces de agudização da doença mental seguindo os princípios teóricos acima referidos. As técnicas psicoterapêuticas foram usadas para promover a reflexão da cliente sobre os sinais precoces de alarme, fornecendo uma lista de possíveis sinais da doença e pedindo que o cliente identificasse os três mais frequentes na sua situação. Depois auxiliou-se a cliente no preenchimento de um plano escrito de atuação quando for percecionado elevados níveis de stress em que a cliente escreve o nome do distúrbio que possui, os três sinais precoces de alarme, três formas efetivas para lidar com a situação e a definição de quem deve ser procurado para ajudar na resolução da situação.

A forma como a pessoa lida com o stresse está dependente quer dos recursos de que dispõe, quer das estratégias de *coping* que adota, as quais dizem respeito aos esforços cognitivos e de conduta que os indivíduos utilizam em circunstâncias específicas indutoras de stresse. *Coping*⁹ é assim um esforço para responder a estímulos internos (reações emocionais ao acontecimento) ou externos (o próprio acontecimento) que são

⁹ Segundo o OE (2011, p. 13) *coping* é: “a totalidade dos esforços cognitivos e comportamentais feitos pela pessoa para gerir situações específicas, externas ou internas, avaliadas como esgotando ou excedendo os seus recursos. É influenciado pelos recursos pessoais da pessoa, entre eles, o estado de saúde; as crenças existenciais e crenças na sua capacidade de dar resposta aos problemas; o grau de empenhamento; as suas aptidões sociais; a sua rede de apoio social e os seus recursos materiais.”

avaliados como negativos ou desafiantes. Se a resposta é direcionada para o evento externo estamos perante um tipo de *coping* focado no problema, se, por sua vez, ela é direcionada para as reações emocionais ou estado interno do indivíduo designa-se como *coping* focado na emoção (Sousa, Landeiro, Pires & Santos, 2011)

O stresse contribui para o aparecimento de sintomas e aumenta a possibilidade de recaídas em pessoas com problemas de saúde mental. A intervenção nesta área deve ajudar o cliente a reconhecer diferentes tipos de stresse, identificar os sintomas que indicam que estão sob stresse e facilitar a identificação de estratégias de *coping* eficazes, aumentando assim a capacidade do cliente em lidar com a sua doença (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2010).

Na terceira entrevista com a cliente foram usadas estratégias psicoeducativas e estratégias psicoterapêuticas. As estratégias psicoeducativas visam dar informação à pessoa sobre o que é o stresse, a sua relação com a doença mental e algumas estratégias que se podem utilizar para diminuir os níveis de stresse. As estratégias psicoterapêuticas ajudam as pessoas a refletir sobre a sua doença e desenvolver mais e melhores estratégias para reconhecer e responder ao stresse.

Assim, foi inicialmente explicado o que é o stresse e a sua relação com a agudização da doença mental usando para tal alguns exemplos da vida da cliente. De seguida foi fornecido uma lista com de estratégias para prevenção do stress em que se apresentam estratégias possíveis para a prevenção do stress. Esta lista foi usada para promover a utilização de estratégias de *coping* eficazes segundo o exposto por Sequeira (2006, p, 173).

Ainda nesta entrevista, realizou-se o treino de uma das estratégias comumente referidas como eficazes na redução do stresse, o relaxamento. Payne (2003) identifica efeitos físicos (redução do cansaço, facilitador do sono, redutor de dores) e psicológicos (sentimento de bem-estar, redutor de tensão), a mesma autora aborda ainda como objetivos do relaxamento a indução de uma mudança de comportamentos para lidar com a ansiedade. Joyce-Moniz (2010) refere que o relaxamento é uma estratégia eficaz na redução da ansiedade e do stresse, promovendo a sensação de bem-estar e influenciando a saúde em geral e a saúde mental em particular. Na terceira entrevista foi utilizada a técnica de relaxamento progressivo de Jacobson. Inicialmente foi realizada uma breve

explicação sobre os efeitos psicológicos e fisiológicos do relaxamento, eficácia na redução dos níveis de stresse e motivação para a sua prática regular. Para avaliar a eficácia do relaxamento foi avaliada o pulso e a pressão arterial da cliente no pré e pós relaxamento.

As limitações do funcionamento social são uma das limitações características do indivíduo com doença mental, tornando difícil a manutenção ou o estabelecimento de relações sociais, o cumprimento de papéis e a satisfação das suas necessidades. Esta limitação provoca ansiedade, frustração e isolamento, que por sua vez estão associados ao aparecimento de episódios psicóticos ou de sintomatologia negativa.

Segundo Palha & Palha (2006) a combinação da aprendizagem de competências e de suporte providenciado pelas intervenções psicossociais, poderá aumentar as competências de *coping*, eliminando e/ou reduzindo o distress, restringindo a probabilidade de recaída e a necessidade de aumentar a medicação. Liberman et al (1998, referido em Bellack, Mueser, Gingerich, & Agresta, 2004) refere que o treino de competências básicas de conversação, competências recreação e de lazer e competências de gestão da medicação e dos sintomas da doença leva a um aumento das capacidades de viver em sociedade.

Tendo em conta a alteração no foco “interação social” e as dificuldades reveladas pela cliente na sua capacidade de iniciar conversas com outras pessoas, realizou-se na **quarta entrevista** uma sessão psicossocial individual com o tema “Encontrar interesses Comuns” adaptada da sessão proposta por Bellack, Mueser, Gingerich, & Agresta (2004).

Analisando o quadro 4 podemos ver que com as intervenções desenvolvidas foi possível melhorar o status do foco conhecimento (sobre a doença) que passou de não demonstrado para demonstrado e o foco interação social, que passou do status alterado em grau muito elevado, para alterado em grau reduzido. Também se consegui manter o status do foco Adesão ao regime terapêutico em demonstrado e o status do processo familiar em adequado.

A última sessão realizada não coincidiu com a alta da cliente, mas sim com o final deste ensino clínico, pois havia outras intervenções previstas no seu plano de cuidados

direcionados para os diagnósticos de enfermagem identificados. A continuidade de cuidados foi assegurada pela enfermeira tutora do ensino clínico.

A inclusão deste incidente crítico deve-se à importância reconhecida à continuidade dos cuidados ao cliente/família após a alta hospitalar. Luz (2003) referido em Tavares (2008) refere que a continuidade dos cuidados favorece o conhecimento do cliente integrado num grupo familiar e na sua comunidade e não como elemento isolado. Efetivamente neste estudo de caso foi possível conhecer o meio envolvente do cliente e envolver a família no processo de cuidados, facilitando o processo de adaptação das estratégias terapêuticas adotadas à realidade do cliente/família, aumentando a assim a eficácia das intervenções desenvolvidas e os ganhos em saúde.

Com esta atividade considera-se que se conseguiu desenvolver as competências gerais do EE: A1, A2, B3 e D1. Também se considera que se desenvolveu as específicas do EESM: F1, F3 e F4, bem como a unidade de competência F2.2.

3.1.4. Aplicação de programa de intervenção em clientes com diagnóstico de depressão

A depressão, apesar de frequentemente sub-diagnosticada, é um quadro clínico de elevada prevalência na população geral, muitas vezes associada a uma deterioração grave dos funcionamentos físico e social, e implicando o recurso constante aos cuidados de saúde primários (Gameiro, 2008). É também uma das principais causas de internamento em psiquiatria.

Cordeiro (2003) refere que a depressão é caracterizada por humor depressivo, em que está presente um sentimento monótono de tristeza, a pessoa sente-se desesperada e sem esperança e pode apresentar labilidade emocional. O autor acrescenta que a pessoa não atribui valor a nada, o que leva ao alheamento, à inquietação, à irritabilidade, ao isolamento social, à falta de paciência com pequenas contrariedades da vida, ao desinteresse pelos objetos exteriores e à falta de entusiasmo pela vida – a anedonia. Também Silva e Brandão (2012) apontam a necessidade de ajudar a gerir o sintoma “ansiedade” em pessoas internadas por depressão é fundamental para a sua recuperação.

Num determinado momento do ensino clínico desenvolvido no serviço de internamento de psiquiatria do HDS, estavam internados nesse serviço vários clientes com diagnóstico médico de depressão. Partindo da avaliação de cada um dos casos, em conjunto com a enfermeira tutora, entendeu-se que seria benéfico para estes clientes desenvolver um programa de intervenções direcionado aos focos “ansiedade” e “humor”.

Foi então realizada uma entrevista individual com cada um dos clientes, em que se reavaliou a sua situação clínica, os potenciais benefícios da participação no programa de intervenção e, após o esclarecimento dos objetivos e da metodologia de intervenção, negociou-se a participação do cliente, enquadrado naquilo que era o plano individual de cuidados e seguindo as diretrizes expostas na carta dos direitos do doente internado.

Partindo desta avaliação, decidiu-se realizar um programa de intervenção composto por 7 sessões de grupo, a desenvolver em quatro dias consecutivos, a cinco clientes (Anexo IV). Os diagnósticos de enfermagem dos clientes, relativos aos focos ansiedade e humor, são apresentados no quadro 5.

QUADRO 5 – Diagnósticos de enfermagem iniciais nos focos ansiedade e humor nas clientes que integraram o grupo

Cliente	Diagnósticos
Sra. P.	Ansiedade, presente em grau muito elevado; Humor, diminuído em grau elevado.
Sra. MC.	Ansiedade, presente em grau elevado; Humor, diminuído em grau elevado.
Sra. M.	Ansiedade, presente em grau elevado; Humor, diminuído em grau elevado.
Sra. T.	Ansiedade, presente em grau muito elevado; Humor, diminuído em grau moderado.
Sra. S.	Ansiedade, presente em grau muito elevado; Humor, diminuído em grau elevado.

Optou-se por uma intervenção em grupo, dado que esta estratégia permite trabalhar o alívio de sintomas, o restabelecimento do equilíbrio psicológico, um maior conforto em às relações interpessoais e um maior nível de autoconhecimento. As intervenções em grupo de curta duração devem ser orientados para um foco, possibilitando assim estímulo à troca de experiências e de questões similares entre os clientes (Guañes & Japur, 2001).

Segundo Stuart e Laraia (2001, p. 403), a intervenção em clientes com alterações do humor passa por: educar o cliente sobre a depressão e ansiedade e as suas causas, sinais e sintomas; ensinar a utilizar técnicas de relaxamento; oferecer aconselhamento psicoterapêutico; e instruir sobre habilidades de solução de problemas, tomada de decisão, habilidades de comunicação e de assertividade.

O stresse contribui para o aparecimento de sintomas e de recaídas em pessoas com problemas de saúde mental. Lidar eficazmente com a tensão ou seja com o stresse, pode reduzir os sintomas e prevenir as recaídas. (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2010).

A forma como a pessoa lida com o stresse está dependente quer dos recursos de que dispõe, quer das estratégias de *coping* que adota, as quais dizem respeito aos esforços cognitivos e de conduta que os indivíduos utilizam em circunstâncias específicas indutoras de stresse (Serra, 2002, referido em Sousa, 2011).

Assim, na primeira e terceira sessões foram desenvolvidas sessões de cariz psicoeducativo com enfoque na gestão do stresse. Segundo a OE (2011) a psicoeducação é usada para ajudar pessoas com doença mental na compreensão dos factos sobre uma ampla gama de doenças mentais, ajudando-as a desenvolver a compreensão e aprendizagem de estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos. Nestas sessões, a psicoeducação visou aumentar a capacidade dos clientes para reconhecer fontes geradoras de stresse e os sinais de tensão, bem como ajuda-las a desenvolver estratégias para reconhecer e lidar com o stresse. Estas sessões foram adaptadas do programa PROFORM da Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2010).

Stuart e Laraia (2001) referem que o relaxamento poderá ser uma importante ferramenta terapêutica na redução da tensão e da ansiedade. Segundo a OE (2011) podem ser

utilizadas como um elemento de um programa mais amplo de gestão de stresse, permitindo ao cliente atingir um estado de calma aumentado e reduzir os níveis de stresse, ansiedade ou raiva

Na segunda, quarta e sexta sessão foram desenvolvidas sessões de relaxamento usando a técnica de relaxamento progressivo de Jacobson. O relaxamento progressivo de Jacobson consiste na técnica de relaxamento através da contração e descontração de diversos grupos de músculos do corpo. Aproveita-se nesta técnica o relaxamento natural que acontece depois de uma tensão forte do músculo. O relaxamento progressivo é uma técnica executada com 16 grupos musculares que são relaxados um depois do outro. Cada grupo é o primeiro contraído e depois relaxado várias vezes, conseguindo dessa forma um relaxamento cada vez mais profundo do grupo muscular (Payne, 2003).

As sessões foram iniciadas com uma breve explicação sobre os efeitos psicológicos e fisiológicos do relaxamento, motivação para a sua prática regular e dicas sobre a utilização das técnicas após a alta. Para avaliar a eficácia das sessões de relaxamento foi avaliado o pulso e a pressão arterial dos clientes envolvidos no pré e pós relaxamento.

Na quinta e sétima sessão foram desenvolvidas sessões de cariz psicossocial e socioterapêutico¹⁰ em que foi realizado treino de competências sociais, pois segundo Loureiro (2013) o treino de competências sociais têm sido utilizado com sucesso, em conjunto com outras abordagens terapêuticas, nas perturbações depressivas e de ansiedade.

O treino de competências sociais consiste em desenvolver capacidades emocionais, sociais e cognitivas que podem ajudar os indivíduos a lidar melhor com situações stressantes do dia-a-dia. Envolve aspetos como a tomada de decisão e resolução de problemas; o pensamento crítico e criativo; as competências comunicacionais e interpessoais; o auto conhecimento e empatia; e mecanismos de *coping* para lidar com o stresse e com as emoções (WHO, 1999 referido em Loureiro 2013).

¹⁰ Segundo a OE (2011) o foco da intervenção socioterapêutica centra-se na interação que os diferentes elementos do grupo estabelecem entre si, remetendo para as interações familiares, sociais, profissionais ou outras. A melhor compreensão dos problemas de interação vividos em grupo, possibilita ao cliente desenvolver novas respostas humanas para problemas de vida identificados ou para novos problemas que emergem nos diferentes grupos que integra ao longo do ciclo de vida

Segundo a mesma autora é vantajoso realizar este treino em formato grupal, na medida em que permite que: a situação social em que o treino ocorre seja real; os clientes se sintam apoiados uns pelos outros; através da simulação de situações da vida real com os outros elementos do grupo, é facilitado o processo de transposição do comportamento simulado para a vida real e aumenta-se a motivação e envolvimento de todos na atividade. (Loureiro, 2013).

As sessões de treino de competências sociais foram sobre os temas: “Compromisso e negociação” e “Expressar sentimentos desagradáveis” e foram desenvolvidas com base no proposto por Bellack, Mueser, Gingerich, & Agresta (2004).

Para avaliar a evolução das clientes no pré e pós-programa, utilizou-se um instrumento que permite a avaliação dos focos ansiedade e humor em simultâneo, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS*), que foi validada e traduzida para a língua portuguesa por Botega et al. (1995). Esta escala é constituída por duas subescalas, sendo uma para ansiedade e outra para depressão. Cada subescala é composta por sete questões de escolha múltipla. Para cada questão existem quatro possibilidades de resposta, cada qual com uma pontuação que varia de 0 a 3. O score total da HADS varia de 0 a 21 pontos (sendo 0 a 21 para ansiedade e 0 a 21 para depressão). O índice de confiabilidade (coeficiente alfa) da HADS, pode variar entre 0,78 a 0,93 para a ansiedade e 0,82 a 0,90 para a depressão. A interpretação dos scores da HADS foi feita seguindo o referencial metodológico adotado pelo autor. Desse modo, a pontuação entre 0 a 7 foi interpretada caso de não depressão ou ansiedade; a pontuação entre 8 a 10 como possível caso; e a pontuação entre 11 a 21 como provável caso (Maruiti, et al., 2008).

QUADRO 6 - Comparação dos scores de ansiedade e depressão, dados pela escala HADS, das clientes no pré e pós-intervenções.

	Ansiedade		Depressão	
	Pré	Pós	Pré	Pós
Sra. P.	19	9	13	12
Sra. T.	17	8	9	11
Sra. M.	15	10	10	11
Sra. MC.	14	19	12	15
Sra. S.	19	3	13	0

Analisando os resultados da aplicação da escala HADS no pré e pós intervenções, conclui-se que o programa de intervenção foi eficaz na redução da ansiedade na maioria das clientes, embora não tenha sido efetivo na redução dos níveis de depressão. Estes resultados vão ao encontro ao defendido por Guanaes & Japur (2001), que referem que intervenções breves têm alcance terapêutico restrito, promovendo apenas alívio sintomático e rearranjo superficial do funcionamento psíquico do cliente.

QUADRO 7 - Diagnósticos de enfermagem finais nos focos ansiedade e humor das clientes que integraram o grupo

Cliente	Diagnósticos
Sra. P.	Ansiedade, presente em grau moderado; Humor, diminuído em grau elevado.
Sra. MC.	Ansiedade, presente em grau elevado; Humor, diminuído em grau elevado.
Sra. M.	Ansiedade, presente em grau moderado; Humor, diminuído em grau elevado.
Sra. T.	Ansiedade, presente em grau moderado; Humor, diminuído em grau moderado.
Sra. S.	Ansiedade, presente em grau reduzido; Humor, diminuído em grau reduzido.

Analisando o quadro 7, e tendo em conta a evolução dos scores na escala HADS, observa-se a melhoria da maioria das clientes no final do programa de intervenção, sobretudo no foco ansiedade.

Através da utilização das competências comuns do enfermeiro especialista A1, A2, B3 e D1 e das competências específicas do EESM do grupo F1, F3 e F4, foi possível desenvolver um programa de intervenção com clientes internados num serviço de psiquiatria e com problemas de enfermagem semelhantes.

Existem várias evidências da eficácia da utilização de programas de intervenção que englobem estratégias psicoeducativas, psicoterapêuticas, psicossociais e socioterapêuticas na melhoria de várias vertentes das doenças mentais (WHO, 2001).

Sendo os EESM profissionais com competências para desenvolver estas atividades e estando o seu desenvolvimento previsto nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Saúde Mental OE (2011), nomeadamente nos enunciados descritivos referentes à “prevenção de complicações” e “adaptação”, considera-se relevante promover a mudança da atual organização dos cuidados de enfermagem em contexto de internamento de psiquiatria, no sentido dos EESM integrados nestes serviços prescreverem e desenvolverem um maior número de intervenções individuais e em grupo, que mostrem de uma forma mais clara o contributo da aplicação das competências específicas do EESM para a obtenção de ganhos em saúde para os clientes internados.

No entanto, tendo em conta a ênfase do PNSM 2007-2016 nas intervenções desenvolvidas em meio comunitário, este tipo de intervenções deveria ser parte de um plano terapêutico mais alargado, negociado entre o cliente/família e uma equipa multidisciplinar, gerido por um gestor de caso e em que o processo de internamento seria um momento de restabelecimento assistido do equilíbrio do cliente/família. Assim, seria salvaguardada a desejada continuidade dos cuidados e aumentaria a eficácia das intervenções desenvolvidas, respeitando mais efetivamente o exposto no código deontológico dos enfermeiros e no RPQCEESM sobre continuidade dos cuidados.

3.1.5. Desenvolvimento da melhoria contínua da qualidade

A qualidade em saúde refere-se à prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga adesão e satisfação do ser humano (Saturno *et al.*, 1990, referido em Ministério da Saúde, 2013) e depende da intervenção dirigida: às estruturas de prestação de cuidados; aos processos decorrentes da mesma; e aos resultados. (UK Integrated Governance Handbook, 2006, referido em Ministério da Saúde, 2013).

Neste sentido a qualidade em saúde assume-se como uma mais-valia indispensável nos cuidados de saúde por vários motivos: de ordem social – onde se observa uma crescente exigência e expectativa por parte dos cidadãos; de ordem ética – maior exigência no que diz respeito à formação e conhecimentos; de ordem profissional – desenvolvimento de boas práticas, valorização e satisfação dos profissionais; e de ordem económica –

mediante a racionalização dos recursos e desenvolvimento de uma cultura da qualidade em saúde nas organizações (Ribeiro, Carvalho, Ferreira & Ferreira, 2008).

O RPQCEESM (OE, 2011) aponta a necessidade da existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. A procura da excelência do exercício profissional em enfermagem é também um dever deontológico estabelecido que todos os enfermeiros devem cumprir (Portugal, 2009).

Decorrente das competências comuns do EE previstas legalmente (Portugal, 2011) o enfermeiro especialista tem a responsabilidade de desenvolver projetos que objetivem a prestação de cuidados com qualidade por parte de todos os parceiros em saúde, principalmente os da própria classe profissional.

Neste sentido, no decorrer do ensino clínico desenvolvido no serviço de Psiquiatria do HDS, foi elaborada uma proposta de norma interna sobre “Aspetos legais, éticos e deontológicos relacionados com a privacidade e proteção da informação referente ao utente internado”. A necessidade da existência de uma norma sobre esta temática prendeu-se com o desenvolvimento de um processo de acreditação a decorrer no referido serviço.

Para além das exigências próprias do processo de acreditação, vários documentos legislativos nacionais e europeus dão ênfase à necessidade da salvaguarda da privacidade, à manutenção da confidencialidade dos dados referentes ao cliente/família e ao direito de acesso por parte dos clientes à sua informação clínica. Também o código deontológico dos enfermeiros estabelece no artigo 85 o dever do sigilo e no artigo 84 o dever de informação ao cliente/família, pelo que o desenvolvimento desta intervenção foi considerado como um momento importante de reflexão sobre estes assuntos.

Partindo destas disposições legais e normativas realizou-se uma reunião de serviço, em que foram expostos argumentos de natureza jurídica e deontológica acerca do que é a privacidade dos clientes e dos requisitos que os serviços de saúde devem ter em conta na salvaguarda destes dados. Esta reunião teve como objetivos promover a reflexão de todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados no serviço de psiquiatria do Hospital de Santarém; e apresentar algumas propostas de melhoria das atuais práticas.

A apresentação propiciou a discussão das temáticas entre os presentes, tendo sido possível conhecer o entendimento dos diferentes tipos de profissionais que estão inseridos num serviço de psiquiatria, permitindo assim melhorar e adequar as propostas que foram inicialmente apresentadas. Das conclusões desta reunião foi elaborado uma norma de procedimento que é apresentada no anexo V.

Particularmente interessante foi a discussão sobre que informação devia estar registada no processo do cliente. Os psiquiatras defendiam que a informação registada devia englobar apenas aspetos relacionados com a avaliação psicopatológica do cliente, sendo que informação relacionada com a vida privada do cliente/família não devia estar registada no processo clínico. Os psicólogos, na medida em que realizam intervenções psicoterapêuticas, referiram que necessitavam de registar informações relacionadas com a privacidade do cliente/família, no sentido de assegurar a continuidade da intervenção. A OE (2011) no regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro prevê a necessidade do EE desenvolver medidas para a segurança dos dados dos cliente e o seu registo. Ao aprofundar esta temática foi possível refletir sobre a informação que deve ser registada nos sistemas de informação e nas cartas de alta dos clientes.

Este é um tema sensível para a ESM, na medida em que na colheita de dados sobre a história da doença mental do cliente e no decorrer de intervenções realizadas com o cliente/família, o EESM tem muitas vezes acesso a informações que o cliente pode desejar manter confidenciais, mas que podem ser pertinentes para a continuidade dos cuidados. Nestas situações o EESM deve ter em conta que a confidencialidade é um aspeto importante da relação psicoterapêutica que se estabelece com o cliente/família, mas também uma das garantias que os princípios éticos respeito e não-maleficência são respeitados na prestação de cuidados.

Com esta atividade considera-se que se conseguiu desenvolver as competências gerais do EE do eixo A, B e D, e a competência específica F1 do EESM.

3.1.6. Conclusão dos incidentes críticos

Para além das atividades descritas nos incidentes críticos, foram desenvolvidas outras intervenções nos ensinamentos clínicos que tiveram relevância para o processo de

aprendizagem, mas devido à menor visibilidade da aplicação das competências do EESM não são abordadas neste relatório.

Nos incidentes críticos descritos também não fica evidente a forma como estes potenciaram o desenvolvimento de algumas competências comuns do EE e específicas do EESM. No entanto, considera-se fundamental abordar a competência F1 que se refere a “detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (Portugal, 2011, p, 4).

A necessidade de abordar esta competência é fundamentada no Regulamento n.º 129/2011 de 18 de fevereiro, que refere que:

“a capacidade de auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal, mediante a vivência de técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas, é central para a prática de enfermagem de saúde mental, visto que, ao interferir na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas condiciona os resultados esperados” (Portugal, 2011, p, 4).

Também o RPQCEESM, no enunciado descritivo “relação psicoterapêutica”, aponta a necessidade do EESM desenvolver processos de “autoconhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mediante processos de reflexão desenvolvidos a partir da prática clínica” (OE, 2011, p. 12), como forma de potenciar a relação psicoterapêutica que se estabelece com o cliente/família.

De facto, Stuart & Laraia (2001, p. 47) referem que "O enfermeiro tem em si mesmo a sua principal ferramenta, de modo que a autoanálise é o primeiro elemento na dispensa de cuidados de saúde". Assim, no final de cada ensino clínico foi realizada uma autoanálise, segundo as fases propostas por Stuart & Laraia (2001): autoconsciência, clarificação de valores, exploração de sentimentos e capacidade para servir de modelo. A elaboração destas reflexões foram momentos muito ricos de introspeção, tendo sido facilitados por processos de dar e receber feedback para com os clientes, os colegas e com as enfermeiras tutoras durante os ensinamentos clínicos.

Outra estratégia adotada foi a utilização do ciclo reflexivo de Gibbs como forma de estruturação da reflexão sobre as atividades propostas. Estas reflexões foram discutidas com os enfermeiros tutores e os resultados destas foram usados na melhoria da prestação de cuidados.

Considera-se que ao longo de todo este processo de aprendizagem e através do treino de técnicas de comunicação/relação interpessoal aumentou-se a consciência dos fatores que podem interferir no relacionamento com o cliente e dos limites pessoais e profissionais do autor, mais concretamente no que se refere aos resultados esperados no cliente, decorrentes das intervenções realizadas.

A interação com o cliente/família, com o conseqüente feedback do efeito terapêutico dos cuidados prestados perceptível nos seus comportamentos, permitiu tomar consciência dos fatores pessoais influentes na relação, quer positiva como negativamente, e identificar comportamentos pessoais que pudessem revelar um fenómeno de transferência ou contra-transferência, resistências ou impasses na relação terapêutica.

Resumindo, constatou-se a veracidade das palavras de Peplau em que refere que a aplicação do modelo psicodinâmico proporciona crescimento pessoal ao cliente e ao enfermeiro.

Como conclusão da reflexão das competências adquiridas nos ensinamentos clínicos, mas direcionando para a análise para os incidentes críticos abordados neste relatório, apresenta-se o quadro 8 que serve de resumo às competências adquiridas.

QUADRO 8 – Tabela de dupla entrada: competências comuns e especializadas em saúde mental adquiridas durante a prática especializada e contextos de desenvolvimento.

		INCIDENTES CRÍTICOS				
		Proposta de catálogo CIPE na área de saúde mental	Esquizofrenia na comunidade	Estudo de caso	Aplicação de programa de intervenção em clientes com diagnóstico de depressão	Desenvolvimento da melhoria contínua da qualidade
1	A1	X	X	X	X	X
	A2		X	X	X	X
	B1	X				X
	B2	X				X
	B3	X	X	X	X	X
	C1	X				
	C2	X				
	D1	X	X	X	X	X
	D2					X
2	F1	X	X	X	X	X
	F2		X			
	F3		X	X	X	
	F4		X	X	X	

Legenda:

1 - Competências comuns do enfermeiro especialista definidas no regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro

2 - Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental definidas no regulamento n.º 129/2011 de 18 de fevereiro

Analisando o quadro 8, constata-se que os incidentes críticos abordados neste relatório demonstram que todas as competências comuns do EE e todas as competências específicas do EESM foram aplicadas e desenvolvidas nos ensinamentos clínicos.

4. A PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

O regulamento n.º 122/ 2011 de 18 de fevereiro e o RPQCESM (OE, 2011) apontam a necessidade do EE suportar a sua prática clínica na investigação e no conhecimento. Deve ser também uma preocupação dos EE desenvolverem e testarem, usando a metodologia científica, modelos de intervenção adequados às necessidades dos clientes.

Durante o ensino clínico 1 foi aplicado um projeto de investigação elaborado durante o ensino teórico e reformulado durante o Work in Progress em Oslo. Para a realização deste estudo selecionou-se a área dos prestadores Informais de Cuidados (CI), dado ser uma população com grandes necessidades de cuidados e que o autor contata regularmente na sua prestação de cuidados. Dentro dos cuidadores optou-se por dirigir a atenção para os CI de idosos com dependência física, dado que esta é apontada como a principal causa do início da prestação de cuidados informais.

O assumir o papel de prestador Informal de cuidados, acarreta múltiplos fatores de risco decorrentes da situação de prestação de cuidados e das mudanças provocadas nas vidas dos CI. Vários estudos apontam que estas pessoas, comparadas com a população em geral, possuem menores níveis de saúde física e mental e que a elaboração de programas de intervenção psicoeducativos para os CI capacita-os para melhor cuidar e melhor cuidarem-se. Da pesquisa bibliográfica realizada identificaram-se poucas intervenções testadas em Portugal nesta área, pelo que se considerou importante testar a eficiência de um programa psicoeducativo na melhoria dos níveis de saúde mental dos CI de idosos com dependência física.

Assim, para este trabalho foi definido o seguinte objetivo: avaliar a eficácia de um programa psicoeducativo na melhoria dos níveis de saúde mental dos CI de idosos com dependência física.

A apresentação deste trabalho divide-se em cinco subcapítulos. No primeiro é feita uma abordagem do enquadramento teórico do estudo. No segundo apresenta-se a sua metodologia. Já no terceiro são apresentados os resultados: No quarto é realizada a discussão desses resultados com base na evidência científica existente. E, por último, no

quinto capítulo são resumidas as suas conclusões. Para além da informação do presente capítulo, no anexo VI apresenta-se um artigo sobre o trabalho e com o título “Intervenção psicoeducativa na saúde mental dos cuidadores informais de idosos com dependência física” elaborado com as normas de publicação da revista portuguesa de enfermagem de saúde mental.

4.1. FUNDAMENTAÇÃO DO ESTUDO

O envelhecimento populacional é uma das principais preocupações das sociedades ocidentais. Em Portugal, nos últimos 40 anos, a população idosa (com mais de 65 anos) duplicou, representando atualmente cerca de 16,7% da população total. De acordo com as projeções atuais, em 2050 anos este grupo populacional representará 32% da população do país (INE, 2007, referido por Sequeira, 2010a).

Salvage (1995) referido em Figueiredo (2007) considera que existem fortes probabilidades de que um aumento na esperança de vida signifique períodos mais longos de incapacidade e dependência para as pessoas idosas. A dependência surge então como uma consequência inevitável do envelhecimento, resultante da natural degradação física e da sintomatologia das múltiplas doenças crónicas que acompanham o envelhecimento humano.

A dependência é vista como “a necessidade de ajuda ou assistência importante para as atividades de vida diária” ou, mais concretamente, como “um estado em que se encontram as pessoas que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de assistência e/ou ajudas importantes a fim de realizar os atos correntes da vida diária e, de modo particular, os referentes ao cuidado pessoal” (Conselho da Europa, 1998 citado em Figueiredo, 2007, p. 36).

Dada a inevitabilidade da situação de dependência na satisfação das atividades de vida diárias para muitos idosos, importa refletir sobre quem os apoia e em que condições esse apoio é feito.

O cuidado informal a pessoas dependentes

Tradicionalmente a família tem sido considerada como o principal apoio aos idosos dependentes por toda a Europa e EUA, sendo responsável por 80% da assistência proporcionada a estes indivíduos. (Fonseca, 2010).

Os cuidados prestados pela família são vulgarmente referidos como cuidados informais. Estes cuidados são normalmente assegurados por uma única pessoa sem preparação ou remuneração, sendo que esta responsabilidade raramente é partilhada. Cuidador informal é “cuidador informal a pessoa, familiar ou amiga, não remunerada que se assume como principal responsável pela assistência e prestação de cuidados (Braithwaith, 2000, citado em Pereira, 2011, p. 82)

Cuidar de um idoso com dependência é um processo difícil e desgastante a nível físico, emocional e social para os cuidadores informais. É reconhecido que os cuidadores informais de idosos com dependência física e/ou doenças demenciais, experimentam frequentemente níveis elevados de stresse, o que pode levar à diminuição do bem-estar percecionado, a elevados níveis de sobrecarga e depressão, e aumento da morbilidade e da mortalidade (Sorensen, Pinquart e Duberstain, 2002).

Vários estudos apontam que os CI referem elevados níveis de sobrecarga (Loureiro, 2009; Pereira, 2011; Ricarte, 2009), sendo que níveis elevados de sobrecarga estão relacionados com maiores níveis de sintomatologia depressiva e com pior saúde mental (André, Nunes, Martins e Rodrigues, 2013; Fonseca, 2010; Pereira, 2011). Outros estudos concluem que os CI percecionam o seu estado de saúde como fraco (Figueiredo, 2007), referindo não se sentirem saudáveis mental e fisicamente (Ocampo et al. 2007).

Lage (2007) refere que os cuidadores apresentavam níveis de morbilidade consideravelmente aumentados quando comparados com os não cuidadores, o que pode querer significar que constituem pessoas de risco no que se reporta ao seu bem-estar psicológico, à sua saúde e qualidade de vida. Brito (2000) refere que é sobretudo na área da saúde mental que os efeitos da prestação informal de cuidados mais se fazem sentir.

Por outro lado é referido que os CI conseguem identificar impactos positivos da experiência de cuidar (Oliveira, 2009; Ricarte, 2009) e que essa perceção atenua a sobrecarga física, emocional e social (Pereira, 2011). Lage (2007) refere que os recursos

personais do cuidador tem um papel preponderante na percepção positiva da experiência de cuidar.

Dada a vasta produção científica que aponta o facto de cuidar de um idoso com dependência física ser um processo promotor de sobrecarga, stresse e sofrimento mental, importa refletir sobre o processo de formação de stresse nos CI, pois segundo Figueiredo (2007) os modelos transacionais de stresse permitem explorar a complexidade e dinâmica da prestação informal de cuidados.

Cuidadores informais e o stresse

De entre os modelos transacionais, o modelo desenvolvido por Pearlin et al. (1990) tem sido uma referência básica para numerosos investigadores e profissionais no âmbito da prestação informal de cuidados de pessoas idosas em situação de dependência, na medida em que proporciona uma visão abrangente dos processos de stresse na experiência de cuidar (Barbosa, 2009; Figueiredo, 2007; Martínez, 2005; Saraiva, 2008; Silva, 2009)

Stresse é “um tipo particular de relação entre a pessoa e o(s) seu(s) meio(s), marcada pela percepção de exigências que cobrem ou excedem os seus recursos de *coping* e que pode perigar o seu bem-estar” (Ramos, 2001, citado em Figueiredo, 2007).

Trata-se de um modelo que conceptualiza o stresse como um processo dinâmico, discriminando quatro componentes: os antecedentes pessoais e fatores contextuais; fatores de stresse (primários e secundários); moderadores e as consequências/resultados.

Os fatores de stresse referem-se às condições problemáticas, exigências e circunstâncias difíceis que são vivenciadas pelos CI e que têm a capacidade de os colocar numa situação de stresse. As consequências ou resultados referem-se aos efeitos dos fatores de stresse na saúde física e mental do indivíduo. Os moderadores são geralmente definidos como recursos pessoais, sociais e materiais que ajudam a modificar ou regular a relação causal entre fatores de stresse e as suas consequências ou resultados (Aneshensel et al., 1995, referido em Barbosa, 2009).

Os moderadores definem as ações e recursos que têm a capacidade de influenciar a direção do processo de stresse e de diminuir o seu impacto nos indivíduos, sendo por isso os fatores essenciais na explicação da variabilidade existente entre os indivíduos ou

subgrupos, no que se refere à relação entre os fatores de stresse e as consequências. O *coping* e o suporte social são apontados como os principais moderadores de stresse. (Figueiredo, 2007)

Os antecedentes pessoais e fatores contextuais correspondem às características socioeconómicas da família, história do cuidador e do idoso dependente, disponibilidade de ajudas e existência de rede familiar. Estes fatores influenciam a amplitude/tipo de reação individual aos fatores de stresse, o tipo e nível de recursos que se encontram à sua disposição e as consequências que daí resultam (Barbosa, 2009).

O modelo transacional de Pearlin apresenta também a noção de proliferação de stresse, que se baseia na observação de que um problema grave na vida de uma pessoa não surge normalmente isolado de outros problemas (Aneshensel et al., 1995 referido em Saraiva, 2008). As fontes de stresse diretamente relacionadas com a tarefa de prestação de cuidados podem dar origem a outras fontes de stresse que se situam para além dos limites da prestação de cuidados (Figueiredo, 2007)

Aneshensel et al. (1995) referido em Figueiredo (2007) refere que o principal mecanismo na base da proliferação do stresse reside no facto dos cuidadores não serem somente cuidadores, mas também detentores de outros papéis sociais.

De um modo geral, o processo tenta explicar que as necessidades de cuidados decorrentes das manifestações de incapacidade do idoso dependente (fatores de stress primários objetivos) podem-se repercutir no CI ao nível emocional, nomeadamente ao nível da sobrecarga, clausura do papel e perda de reciprocidade (fatores de stress primários subjetivos). Estes fatores de stresse primários podem ter repercussões em outras áreas da vida do CI (fatores de stress secundários), podendo provocar conflitos familiares, profissionais e problemas económicos (tensões de papel). A avaliação subjetiva destas consequências pode afetar as perceções e sentimentos que o cuidador tem de si (tensões intrapsíquicas). Segundo Saraiva (2008) os autores deste modelo têm privilegiado o estudo do sentido de competência (juízos de valor que o CI faz acerca das suas qualidades e competências na prestação de cuidados) e do sentido de enriquecimento pessoal (perceção de que a prestação de cuidados constitui uma oportunidade de crescimento pessoal).

O modelo de desenvolvimento de stresse permite explicar: a razão pela qual as pessoas reagem de forma diferente ao mesmo acontecimento, pois as exigências ou acontecimentos não são equitativamente indutores de stresse; o facto de uma mesma exigência poder resultar em diferentes tipos de resposta em diferentes momentos; e que o stresse baseia-se mais nas percepções subjetivas dos acontecimentos do que nas suas características objetivas (Figueiredo, 2007).

Coping

Coping podem ser definidos como “esforços, tanto cognitivos como comportamentais, para lidar com exigências internas e/ou externas específicas, que forcem ou transcendem os recursos pessoais” (Lazarus e Folkman, 1984, citado em Barbosa, 2009, p. 118). A sua utilização afeta as experiências de stresse de dois modos, cada um definindo um alvo diferente: modifica as relações com o ambiente e altera a maneira como as mesmas são interpretadas (Ramos, 2001 referido em Figueiredo, 2007)

Quando as pessoas agem sobre as exigências que percebem, procurando alterá-las, envolvem-se num *coping* orientado para o problema ou instrumental. Quando as pessoas alteram a forma como interpretam um determinado acontecimento, procurando reduzir o mal-estar que lhes possa provocar, envolvem-se num *coping* orientado para as emoções ou paliativo. Se as pessoas considerarem que o fator de stresse constitui uma ameaça à sua saúde, ficam imediatamente inclinados para usar um *coping* de evitamento. Por outro lado os indivíduos podem gerir as consequências dos fatores de stresse, como a ansiedade ou a depressão, e impedir ou prevenir o surgimento de fontes de stresse (*coping* centrado no cuidador) (Figueiredo, 2007)

As percepções e os significados assumem igualmente importância na distinção entre a capacidade de um indivíduo em dominar uma determinada estratégia de *coping* (autoeficácia) e a eficácia percebida dessa estratégia (confiança nos resultados). As estratégias de *coping* são constantemente revistas à luz de um processo de avaliação cognitiva, que tem em conta como os indivíduos sentem que estão a conseguir desempenhar o seu papel (Barbosa, 2009).

Intervenções psicoeducacionais a cuidadores informais

Dada a complexidade da situação de prestação informal de cuidados e os riscos para saúde do cuidador e da pessoa cuidada, tem-se assistido ao surgimento de estudos de investigação que testam os resultados de diferentes tipos de intervenções junto dos CI.

Vários estudos apontam a necessidade de desenvolver programas adaptados às necessidades e perceções dos cuidadores, ajudando-os a identificar as causas do seu stresse e a desenvolver e a otimizar estratégias de *coping* eficazes à situação de cuidado. Desta forma, contribui-se para melhorar o estado emocional dos cuidadores, e, conseqüentemente, das pessoas cuidadas (Barbosa, 2009; Figueiredo, 2007; López e Crespo, 2008).

Donorfio, Vetter e Vracevic (2010), numa meta-análise, concluem que o formato da intervenção do grupo de apoio ao cuidador é a intervenção mais comumente utilizada. Refere também que intervenções baseadas no ensino aos cuidadores de habilidades para a gestão de stresse e gestão de comportamentos problemáticos, diminuem os níveis de depressão e stresse entre os cuidadores.

Baltar, Cerrato, Trocadiz e Gonzales (2005) referem que as intervenções psicoeducativas de formato grupal proporcionam aos participantes a oportunidade de aprender novas formas de intervenção, através da prática de estratégias e técnicas planeadas por especialistas e das sugestões dadas por outros cuidadores, baseadas na sua experiência prévia, sendo estes momentos de partilha uma das fontes de ajuda mais importantes para os cuidadores.

Os estudos mais recentes sobre a eficácia de intervenções em CI de idosos dependentes sugerem que as intervenções centradas na aprendizagem e desenvolvimento de habilidades para lidar com o stresse, diminuem o stresse percebido pelos CI e o grau de sofrimento emocional (depressão, ansiedade e raiva), aumentam o bem-estar geral dos CI e têm um impacto positivo sobre os idosos cuidados (Sorensen, Pinquart e Duberstain, 2002)

A WHO (2013) recomenda que os programas psicoeducacionais devem ter duração longa, fazer referência a um quadro teórico específico e ter objetivos bem definidos na

informação, no apoio psicológico e nos efeitos da prestação de cuidados na vida do cuidador.

Assim, foi desenvolvido um programa psicoeducativo baseado nos princípios do modelo transacional de Pearlin et al. (1990) e nos princípios propostos por Sequeira (2010b) para o planeamento de intervenção desenvolvidas com os cuidadores informais. Os tópicos abordados neste programa composto por 5 sessões foram: visão do que é ser CI e as suas consequências; dificuldades do processo de cuidar; estratégias de *coping* eficazes; reflexão sobre como cada CI cuida de si; fontes de satisfação decorrentes do processo de cuidar; competências de comunicação e de enfrentamento das dificuldades. A forma como este programa foi operacionalizado é desenvolvido no capítulo 4.2.6.

Pretendeu-se que este programa fosse aplicado por um enfermeiro com competências acrescidas em saúde mental, como forma de facilitar a formação de um ambiente terapêutico e de aprendizagem para os cuidadores. A gestão das dinâmicas de funcionamento do grupo foi efetuada tendo em conta os princípios da gestão de grupo propostos por Yalon (2006). Segundo este autor o tamanho ideal para um grupo de terapia é de 7 a 8 elementos, sendo aceitável um grupo constituído por 5 a 10 elementos. Grupos mais pequenos deixam de funcionar como um grupo e a dinâmica desenvolvida entre o terapeuta e os membros é mais uma terapia individual. Grupos maiores levam a maior número de desistências, pelo facto de os cuidadores não verem respondidas as suas expectativas e pela necessidade das sessões serem mais prolongadas, tornando-as demasiado cansativas e menos terapêuticas.

4.2. METODOLOGIA

Neste subcapítulo é apresentado o tipo de estudo do presente trabalho, a questão de investigação, a sua população e a amostra seleccionada, os instrumentos utilizados para colheita de dados, os procedimentos formais e éticos respeitados e a descrição da intervenção desenvolvida.

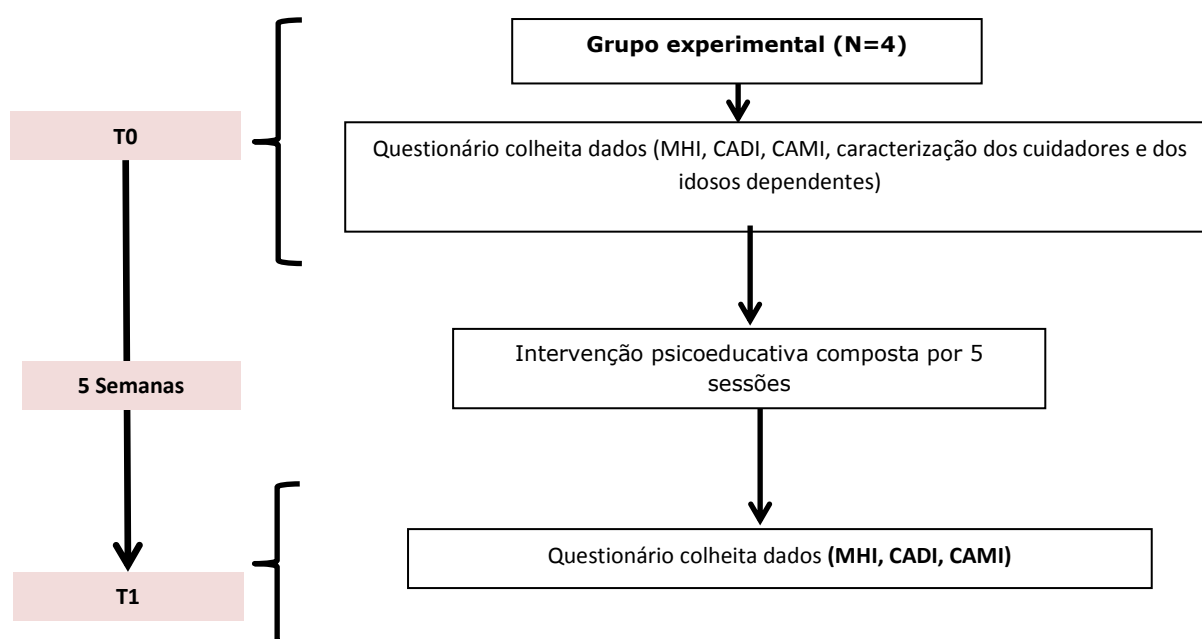
4.2.1. Tipo de estudo

O tipo de estudo utilizado para este trabalho é um estudo de casos múltiplos, quase experimental, do tipo pré teste e pós teste sem grupo de controlo (Fortin, 2003), em que se faz uma análise descritiva e comparativa dos resultados obtidos antes e após uma intervenção para cada elemento da amostra.

O estudo de caso é uma estratégia investigativa através da qual se procuram analisar, descrever e compreender determinados casos particulares (de indivíduos, grupos ou situações), possibilitando comparações posteriores com outros casos e formular determinadas generalizações (Lessard-Herbert et al. 1994 referido em Morgado, 2012). Assim, este estudo enquadra-se no formato de Estudo de Casos Múltiplos (ou comparativo), na medida em que através de uma análise mais profundada dos casos disponíveis parte-se para a comparação dos resultados e um conhecimento mais profundo sobre o fenómeno (YIN, 1994, referido em Silva e Brandão, 2012).

Seguidamente, e para contextualização no espaço e no tempo da intervenção, é apresentado o desenho de investigação de forma esquematizada.

FIGURA 1: Desenho de investigação



Como se pode observar na figura 1, antes da intervenção foi feita uma primeira avaliação dos níveis de saúde mental (MHI), dificuldades percecionadas (CADI) e estratégias de *coping* utilizadas (CAMI), bem como aplicado o questionário de caracterização dos CI e dos idosos dependentes. Os mesmos fatores foram avaliados num segundo momento para avaliar a eficácia da intervenção psicoeducativa.

4.2.2. Objetivos e questão de investigação

Os objetivos deste estudo foram:

- ✓ Monitorizar os níveis de saúde mental dos cuidadores informais de idosos com dependência física;
- ✓ Identificar o tipo de dificuldades mais frequentes associadas à situação de prestação informal de cuidados e as estratégias de *coping* utilizadas dos cuidadores de idosos com dependência física;
- ✓ Avaliar a eficácia de um programa psicoeducativo na melhoria do nível de saúde mental dos cuidadores informais de idosos com dependência física.

O estudo partiu da seguinte interrogação:

- Qual é o impacto de uma intervenção psicoeducativa no nível de saúde mental, na perceção de dificuldades e nas estratégias de *coping* usadas, dos prestadores informais de cuidados de idosos com dependência física residentes no concelho de Coruche?

4.2.3. População e amostra

A população do estudo foi constituída pelos cuidadores informais de idosos com dependência residentes do concelho de Coruche.

No que diz respeito à seleção da amostra, esta realizou-se de forma não probabilística/intencional, tendo sido definidos os seguintes critérios de inclusão:

Cuidadores de idosos com dependência física há pelo menos 6 meses de forma contínua, residentes no concelho de Coruche, que saibam ler e escrever, que aceitem participar no estudo.

O processo de seleção da amostra iniciou-se com a identificação dos idosos com dependência que recebiam apoio das IPSS do Concelho de Coruche ou que estivessem identificados nos registos da USF Vale do Sorraia como dependentes das AVD.

A todos os CI dos idosos identificados foi realizada uma visita domiciliária, na qual se explicou todos os pormenores do estudo conforme exposto nas considerações éticas deste relatório. Aos CI que aceitaram participar no estudo e que cumprissem os critérios de inclusão foi deixado o instrumento de colheita de dados para preenchimento durante 15 dias. Após este período o terapeuta dirigiu-se novamente ao domicílio de cada um dos cuidadores para recolher o instrumento preenchido. No final deste processo, obteve-se uma amostra constituída por 4 cuidadoras (n=4).

4.2.4. Instrumentos

A colheita de dados foi desenvolvida com recurso a um questionário (Anexo VII) composto por um questionário geral, que contém questões que visavam identificar o perfil sócio demográfico do cuidador informal e do idoso dependente; a *escala de Barthel* para avaliação do nível de dependência do idoso; o Inventário de Saúde mental (MHI) para avaliar os níveis de saúde mental; o CADI para avaliar as dificuldades percecionadas; e o CAMI para avaliar as estratégias de *coping* utilizadas.

O MHI (*Mental Health Inventory*) foi validado para a população portuguesa por Pais Ribeiro em 2011 ($\alpha=0,96$). Esta escala avalia o nível de saúde mental do cuidador, numa perspetiva que inclui tanto dimensões positivas como negativas. Avalia sintomas psicológicos de humor e ansiedade e de perda de controlo sobre os sentimentos, pensamentos e comportamentos. Os 38 itens distribuem-se por duas sub-escalas: distress psicológico ($\alpha=0,95$) e o bem-estar psicológico ($\alpha=0,91$). Por sua vez, o distress psicológico subdivide-se em ansiedade ($\alpha=0,91$), depressão ($\alpha=0,85$) e perda de controlo emocional/comportamental ($\alpha=0,87$), ao passo que o bem-estar psicológico subdivide-se em afeto positivo ($\alpha=0,91$) e laços emocionais ($\alpha=0,91$). Os scores mais

elevados correspondem a melhores níveis de saúde mental e scores mais baixos correspondem a níveis de saúde mental mais baixos. No processo de validação para a população Portuguesa, mostrou-se que o scores abaixo de 52 corresponde à existência de sintomas graves de doença mental e um score de 60 para a existência de sintomas moderados de doença mental (Ribeiro, 2011)

O CADI (*Carers Assessment of Difficulties Index*) foi validada para a população portuguesa por Luísa Brito em 2000 ($\alpha=0,92$). Esta é uma escala multidimensional que identifica o tipo de dificuldades mais frequentes nas situações de prestação de cuidados a familiares de idosos e a maneira como cada CI percebe e vivencia essas dificuldades (Brito, 2000). O conjunto de 30 potenciais dificuldades listadas no CADI são agrupadas em 7 subescalas: relacionamento cuidador/pessoa dependente, reações ao cuidar, exigências físicas do cuidar, restrições vida social, deficit no apoio familiar, deficit no apoio dos profissionais e consequências financeiras. Tanto para as subescalas como para o score total da escala, valores mais baixos correspondem a ausência de dificuldades ou a melhor enfrentamento destas (Sequeira, 2010b).

O CAMI (*Carers' Assessment of Managing Index*) foi validada para a população portuguesa por Luísa Brito em 2000 ($\alpha=0,85$). Esta escala visa conhecer a forma como cada prestador de cuidados lida com as dificuldades percebidas, que estratégias de *coping* mobiliza e a eficácia destas perante as situações (Brito, 2000). Inclui 38 afirmações relacionadas com diversos mecanismos de *coping*, agrupadas em 3 subescalas: lidar com acontecimentos/ resolução de problemas, lidar com os significados/ percepções e lidar com o stress. Tanto para as subescalas como para o score total da escala, valores mais altos correspondem a maior utilização de estratégias de *coping* ou maior percepção de eficácia das estratégias de *coping* usadas (Sequeira, 2010b).

4.2.5. Procedimentos formais e éticos

A autorização da utilização das escalas de avaliação foi solicitada aos autores que as validaram para a população Portuguesa (ANEXO VIII). Foi realizado um pedido oficial de autorização ao Conselho de Ética da ARSLVT para a realização do estudo.

No contato que se estabeleceu com os cuidadores informais que constituíam a população deste estudo foi esclarecido a finalidade e os objetivos do estudo, pedindo-se a sua colaboração para realização do mesmo.

Aos cuidadores que aceitaram participar no estudo foram apresentadas todas as informações solicitadas e que se consideram pertinentes para o seu consentimento livre e esclarecido. Foi entregue anexado ao questionário, um consentimento informado onde se apresentam: os objetivos e etapas do estudo, o investigador envolvido, a garantia do respeito pela vontade dos cuidadores em participar no estudo qualquer que seja a fase em que se encontre, a garantia do direito à confidencialidade das suas respostas e dados pessoais e de estes servirem apenas para a realização do estudo (ANEXO IX).

Durante as sessões psicoterapêuticas, as referências a dificuldades sentidas e as estratégias de *coping* utilizadas identificadas nos questionários, foram feitas de forma a manter a confidencialidade dos cuidadores que as identificaram.

Durante a caracterização da amostra e análise dos dados serão usados nome fictícios para assim proteger a identidade dos cuidadores.

4.2.6. Programa de intervenção

A visita em que se recolheu os instrumentos preenchidos serviu também de reunião preparatória para o grupo, na qual foram auscultadas as expectativas dos cuidadores quanto a sua participação no grupo e explicado como se iria desenvolver a intervenção psicoeducativa.

Devido aos compromissos académicos do terapeuta a intervenção só se iniciou praticamente um mês após o preenchimento do instrumento de colheita de dados no pré-teste.

A intervenção decorreu ao longo de 5 sessões semanais, realizadas entre os dias 12 de Junho e 10 de Julho, com a duração de 90 minutos cada. As primeiras quatro sessões são em grupo e a última sessão é individual, de preferência realizada no domicílio do cuidador. Em todas as sessões de grupo estiveram presentes o terapeuta e o coterapeuta (EESM tutor do ensino clínico), sendo que na sessão individual apenas esteve presente o terapeuta.

QUADRO 9 – Programa da intervenção psicoeducativa

SESSÃO	TEMA	ATIVIDADES/METODOLOGIA
Sessão 0	Apresentação do programa	Apresentação oral dos objetivos da intervenção psicoeducativa e dos conteúdos a serem abordados.
		Dinâmica “A teia”: Sentados em círculo, cada cuidador apresenta-se e escolhe qual o próximo a apresentar-se.
		Apresentação oral, com participação ativa dos cuidadores, sobre “o que é ser cuidador: características, consequências positivas e negativas e sentimentos despertados por essas consequências.
Sessão 1	Identificar causas de stresse individual	Partilha de experiências e expressão de sentimentos Dificuldades identificadas pelos cuidadores no CADI; Execução de relaxamento progressivo de Jakobson de acordo com guião predefinido.
Sessão 2	Reduzir causas de stresse individual	Partilha de experiências e expressão de sentimentos Promoção da reflexão individual sobre como é que cada cuidadora cuida de si (recurso a técnica psicoterapêutica); Estratégias de <i>coping</i> usadas pelos cuidadores identificadas no CAMI;
Sessão 3	Aprender com nossas emoções	Partilha de experiências e expressão de sentimentos Potenciais fontes de satisfação do cuidar de pessoas com dependência física; Valorização das fontes de satisfação como forma de minimizar as dificuldades.
Sessão 4	Conclusão do grupo	Sessão individual, de preferência realizada no domicílio da pessoa; Partilha de experiências e opiniões acerca da intervenção, com expressão de sentimentos, e consequente feedback, tanto das participantes como dos terapeutas.

Na última sessão individual o terapeuta deixou para preenchimento o instrumento de colheita de dados. Passada uma semana estes instrumentos foram recolhidos também nos domicílios dos cuidadores.

4.3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Seguidamente procede-se à caracterização dos quatro CI que participaram no grupo experimental, com referência e análise dos comportamentos observados ao longo da terapia, de uma forma resumida.

Caso A

A Sra. A. tem 61 anos de idade, tem 4 ano de escolaridade, é costureira de profissão e trabalha por conta própria. Vive na mesma casa da pessoa de quem cuida, o marido, de quem é a principal cuidadora há 3 anos, devido a uma doença demencial. É a primeira vez que presta cuidados a uma pessoa dependente. Recebe apoio da família para a mobilização e para os cuidados de higiene. A principal razão para assumir o papel de

cuidadora informal está relacionado com valores morais e religiosos, referindo que tinha uma boa relação com o marido antes de este ficar dependente. Nos últimos seis meses refere que recorreu ao médico de família, devido a cansaço físico e psicológico, estando atualmente a tomar medicação tranquilizante ou antidepressiva. Identifica a sua filha como a sua principal confidente e quando tem dúvidas sobre os cuidados a prestar ao marido procura os cuidados de enfermagem da USF local. Classifica o seu grau de satisfação com a situação de prestação de cuidados em 10, numa escala de 0 a 10.

Quando o questionário pré-intervenção foi aplicado, o marido desta cuidadora tinha sido internado há um mês numa unidade de cuidados continuados para descanso do cuidador, tendo regressado ao domicílio poucos dias antes da última sessão.

A Sra. A. faltou à primeira sessão por motivos pessoais, tendo participado em todas as outras sessões. Inicialmente, tendo em conta que as restantes cuidadoras já tinham estado juntas na primeira sessão, a adaptação não foi simples, tendo-se apresentado triste, com postura retraída e manuseamentos, sem alterações do humor, linguagem, pensamento, perceção, memória ou funções vitais. Com o decorrer das sessões apresentou-se mais alegre, postura expansiva, interação fácil com as outras cuidadoras, tendo conseguido fazer uma análise bastante profunda da sua situação e da forma como cuida de si. Na última sessão em grupo referia-se preparada para enfrentar o regresso do marido e conseguia fazer planos sobre a forma de enfrentar as dificuldades que esperava encontrar.

Na última sessão foi difícil promover a reflexão da Sra. A. devido à presença do marido e a algumas alterações do seu comportamento. Revelou que as alterações de comportamento do marido e a necessidade de vigilância quase constante lhe dificultam muito a sua vida profissional. Referiu também muitas preocupações com problemas financeiros da família e que foram esses problemas a principal causa para pedir o internamento do marido para descanso do cuidador. Refere também uma grande satisfação pelo reconhecimento por parte dos cuidadores formais da qualidade dos cuidados que presta ao marido.

Revelou também que as principais aprendizagens proporcionadas pela participação no grupo psicoeducativo foram a necessidade de cuidar de si e a aprendizagem de novas estratégias de *coping*. Referiu também que os momentos em que participava no grupo

eram momentos exclusivamente para ela em que podia desligar-se das suas preocupações do dia-a-dia.

Caso B

Esta cuidadora tem 58 anos de idade, tem o nono ano de escolaridade e cuida do marido há 11 meses. Está atualmente desempregada e refere que a prestação informal de cuidados ocupa as 24 horas do dia. Não é a primeira vez que cuida de uma pessoa dependente, referindo ter formação de auxiliar de ação médica, mas atualmente não tem outras pessoas a seu cargo. Não tem ajuda da família, nem de instituições para cuidar do marido. Refere que assumiu a responsabilidade de cuidar do marido porque não tem recursos para o colocar numa instituição. Classifica como boa a sua relação com o marido antes de ele ficar dependente, devido a processo demencial decorrente de complicações de cirrose hepática. Não refere doenças que lhe dificultem a prestação de cuidados, nem ter consultado um médico nos últimos seis meses e não toma medicação tranquilizante ou antidepressiva. A sua confidente é uma vizinha e quando tem dúvidas sobre a prestação de cuidados entra em contacto com a médica que acompanha o marido no hospital de Santarém. Não referiu grau de satisfação quanto à situação de prestação de cuidados.

Participou nas duas primeiras sessões e na sessão individual final. Nas sessões em grupo apresentou-se com higiene e vestuário cuidado, alegre, postura expansiva, interação fácil com as outras cuidadoras e sem alterações do humor, linguagem, pensamento, perceção, memória ou funções vitais. Foi sempre muito comunicativa, mostrando necessidade de revelar muitos pormenores sobre: as dificuldades que a prestação de cuidados ao marido acarreta e a forma como as consegue resolver; a satisfação com a sua capacidade de auto eficiência para a resolução dos problemas; e o sofrimento físico e psicológico que o prolongar da situação do marido lhe provoca. Na última sessão, que decorreu no centro de saúde a pedido da cliente, justificou a sua ausência das outras sessões com o agravamento do estado geral do marido. Apresentou alguns manuseamentos e labilidade emocional face ao acréscimo de exigência dos cuidados a prestar ao marido, tendo revelado uma grande mágoa sobre os hábitos alcoólicos do marido e sobre os maus tratos físicos e psicológicos que durante anos recebeu. Descreveu também episódios de lucidez do marido e das tentativas deste para pedir perdão por todo o sofrimento que lhe causou e que está a causar. Identificou como

principais benefícios da participação no programa o reconhecimento que existe outros cuidadores em situações de sobrecarga elevadas e que isso foi importante para aliviar também o seu sofrimento. Referiu também que se sentia bem nas sessões e que foram um ponto de apoio importante.

Caso C

Esta cuidadora tem 49 anos de idade, quarto ano de escolaridade, é casada e atualmente desempregada. Cuida do pai e da mãe há 5 anos, que atualmente residem na casa da cuidadora, e refere que cuida dos pais 24 horas por dia. Não é a primeira vez que cuida de pessoas com dependência física. Recebe apoio domiciliário para cuidados de higiene da Santa Casa da Misericórdia de Coruche, não recebendo apoio de familiares. Assumiu a responsabilidade da prestação de cuidados aos pais por não ter recursos para os colocar numa instituição. É o pai que necessita de mais cuidados, devido a sequelas de um AVC. Refere uma boa relação com ambos os pais antes de estes terem ficado dependentes. Aponta uma depressão major como doença que influencia a prestação de cuidados, o motivo de ter consultado um médico nos últimos seis meses e da necessidade de tomar medicação tranquilizante e antidepressiva.

Participou nas duas primeiras sessões e na sessão individual final. Nas duas primeiras sessões apresentou idade real, higiene e vestuário cuidado, postura retraída, expressão triste, a olhar para o chão, mas aparentemente com atenção ao que estava a ser partilhado pelas outras cuidadoras. Não apresentou alterações do humor, linguagem, pensamento, perceção, memória ou funções vitais. A sua participação foi sempre reduzida e versando sobretudo os conflitos familiares com as irmãs, provocados pela discussão da responsabilidade da prestação de cuidados aos pais. O início do programa coincidiu com o início de uma atividade em part-time que lhe traz bastante prazer e reconhecimento. Na reunião final, também por ser uma sessão individual, apresentou-se mais participativa, alegre e postura menos retraída; referiu-se melhorada da sua saúde mental e mais descentrada dos conflitos familiares, falando abertamente de vários problemas do seu dia-a-dia e referindo-se feliz pela evolução do seu part-time. Identificou como mais-valias da participação no programa o suporte dado pelo grupo e o ambiente de compreensão e empatia que sentia.

Caso D

Esta cuidadora tem 59 anos de idade, é casada, reformada e cuida da mãe há 8 anos. Vive na casa da mãe, e refere que prestação de cuidados lhe ocupa 4 horas diárias. Refere que tem apoio da família para mudar as fraldas e que recebe também apoio de uma equipa de cuidados domiciliários da Santa Casa Misericórdia de Coruche para os cuidados de higiene. Assumiu a responsabilidade dos cuidados à mãe por obrigação familiar e para evitar a sua institucionalização. Classifica a sua relação com a mãe antes de esta ficar dependente, devido a doença demencial, como boa. Não refere doenças que lhe dificultem a prestação de cuidados, nem ter consultado um médico nos últimos 6 meses, embora tome diariamente um tranquilizante. Não consegue apontar um confidente e as suas dúvidas sobre os cuidados a prestar à mãe são esclarecidas com as auxiliares da equipa de cuidados domiciliários e com os enfermeiros da USF. Classifica o seu grau de satisfação com a situação de prestação de cuidados em 9, numa escala de 0 a 10.

Participou em todas as sessões, apresentou-se com motricidade livre, fâcies expressivo, mas com uma postura um pouco tensa, sem alterações do humor, linguagem, pensamento, perceção, memória ou funções vitais; idade real, higiene e vestuário cuidado. Nas duas primeiras sessões não participou muito, adotando uma postura mais de escuta. Na terceira e quarta sessão conseguiu falar abertamente sobre si, sobre a sua situação, referindo uma grande satisfação pelo reconhecimento da sua competência enquanto cuidadora e do facto de achar que sua mãe está muito bem cuidada. Refletiu também sobre como podia cuidar melhor de si e como melhorar as suas relações familiares, que considera que têm ficado um pouco para segundo plano, tendo em conta as múltiplas tarefas do seu dia-a-dia. A última sessão foi realizada 4 dias antes das sessões realizadas com as outras cuidadoras, porque tinha férias programadas. O facto de ir de férias foi reconhecido pela cuidadora como gerador de stresse, pois: sentia a necessidade de encontrar uma pessoa que cuida-se da mãe com a qualidade que necessária: necessitava de deixar tudo organizado; e preocupava-a a falta da rotina centrada nos cuidados à mãe. A principal aprendizagem proporcionada pelo programa foi a compreensão da necessidade de cuidar melhor dela própria. Identificou também um aumento do auto-conhecimento, reconhecendo que situações que saem fora da sua rotina habitual e que não consegue controlar lhe provocam alguma ansiedade.

Análise do MHI

Analisando o gráfico 1 podemos constatar que 3 das cuidadoras apresentavam no pré-teste níveis de saúde mental abaixo do ponto de corte de 52, significando que apresentavam sintomas graves de sofrimento mental. Apenas uma cuidadora apresentava um valor correspondente a boa saúde mental (Caso D). No pós-teste vemos que 2 cuidadoras mantêm-se abaixo do ponto de corte 52 (Caso B e Caso C), uma cuidadora aumentou o seu nível de saúde mental para um valor condicente com sintomas moderados de sofrimento mental (Caso A) e uma cuidadora mantêm-se com boa saúde mental (Caso D).

Comparando os resultados individuais no pré e pós-teste, concluímos que 2 cuidadoras melhoraram significativamente o seu nível de saúde mental, no Caso A (+16 pontos) e no Caso C (+16 pontos), e as outras duas cuidadoras baixaram ligeiramente o seu nível de saúde mental (Caso B e Caso D).

Estes resultados corroboram os dados existentes na literatura, que apontam os CI como uma população com elevado sofrimento mental.

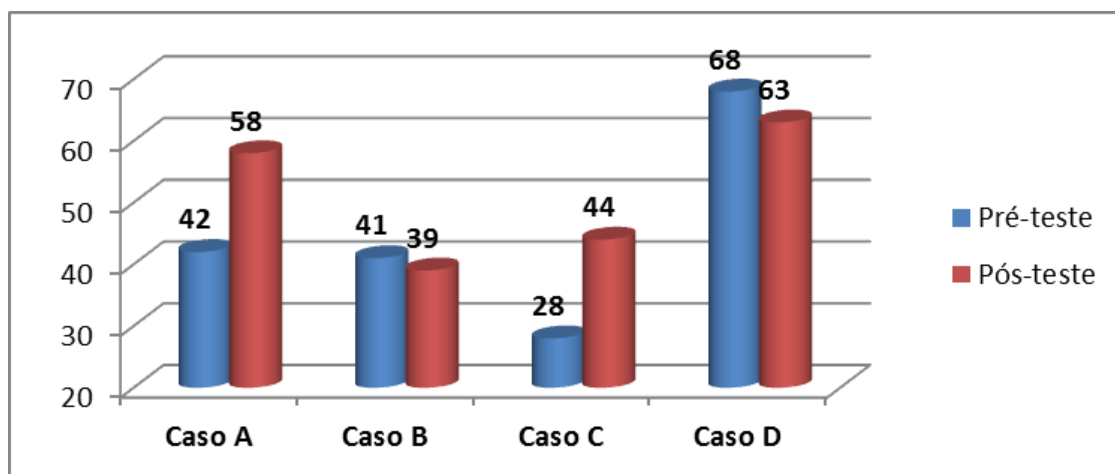


GRÁFICO 1 – Resultados da aplicação do Inventário de Saúde Mental no pré e pós-teste

O quadro 10 apresenta os resultados das subescalas do MHI no pré e pós-teste. Para analisarmos os seus resultados devemos ter em conta que em qualquer uma das escalas não existe um ponto de corte pré-estabelecido, sendo que em todas as subescalas maiores scores corresponde a melhor estado da pessoa no parâmetro avaliado.

Assim, através da análise do quadro 10 de uma maneira geral as variações em cada uma das subescalas são semelhantes às encontradas no score total do MHI. De realçar a subida acentuada para a subescala Ansiedade no caso A (13 pontos), a descida acentuada na subescala depressão no caso B (18 pontos) e a subida acentuada na subescala distresse no caso C (21 pontos).

QUADRO 10 – Comparação entre os scores das subescalas do MHI no pré e pós-teste por caso

	Score Máximo	Caso A		Caso B		Caso C		Caso D	
		Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste
Subescala Bem-Estar Positivo	84	35	42	34	35	25	33	47	43
Subescala afeto positivo	66	21	32	24	28	22	24	34	33
Subescala Laços Emocionais	18	14	10	10	7	3	9	13	10
Subescala Distresse	142	82	105	81	77	66	87	119	113
Subescala Perda de Controlo Emocional/comportamental	53	32	37	22	27	21	32	47	44
Subescala Ansiedade	60	31	44	24	33	30	35	48	45
Subescala Depressão	29	19	24	35	17	15	20	24	24

Perante os resultados relativos ao nível de saúde mental no pré e pós-teste, foram formulados diagnósticos de enfermagem com base na CIPE[®] versão β2 que facilitaram tanto o desenvolvimento da intervenção, como a avaliação do seu impacto e que poderão ser consultados no quadro 11.

No entanto, na CIPE[®] versão β2 não existe um foco que se refira especificamente à saúde mental. Partindo da definição de saúde mental já apresentada neste relatório, entendeu-se que o foco que melhor se adequava seria “bem-estar psicológico”, definido como “Um tipo de bem-estar com as características específicas: imagem mental de estar de estar em concordância com as suas próprias emoções, harmonização dos sentimentos intrapsíquicos, satisfação com a capacidade de exprimir emoções” (CIE, 2005 p. 44).

De forma a parametrizar os scores encontrados no MHI em diagnósticos de enfermagem, foram estabelecidos os seguintes critérios: score >60 – bem-estar psicológico não alterado; score entre 53 e 59 - bem-estar psicológico alterado, em grau reduzido; score entre 45 e 52 - bem-estar psicológico alterado, em grau moderado; score entre 35 e 44 - bem-estar psicológico alterado, em grau elevado; e score <34 - bem-estar psicológico alterado, em grau muito elevado.

Analisando o quadro 11, observa-se uma melhoria do status nos casos A e C, e manutenção dos status nos casos B e C, sendo que apenas o caso D apresenta este foco com status não comprometido.

QUADRO 11 – Comparação entre os diagnósticos de enfermagem (CIPE® - versão β2) – Bem-estar psicológico, no pré e pós-teste por caso.

	Pré-teste	Pós-teste
Caso A	Bem-estar psicológico comprometido, em grau elevado	Bem-estar psicológico comprometido, em grau reduzido
Caso B	Bem-estar psicológico comprometido, em grau elevado	Bem-estar psicológico comprometido, em grau elevado
Caso C	Bem-estar psicológico comprometido, em grau muito elevado	Bem-estar psicológico comprometido, em grau elevado
Caso D	Bem-estar psicológico não comprometido	Bem-estar psicológico não comprometido

Análise CADI

A escala CADI foi desenhada para promover a reflexão nos prestadores informais de cuidados sobre a percepção das dificuldades decorrentes do processo de cuidar. Analisando o quadro 12 podemos constatar que no pré-teste as dificuldades percebidas eram maiores no caso B e C. No pós-teste, houve decréscimo significativo apenas no caso B, as restantes CI mantiveram scores semelhantes.

Analisando os resultados das subescalas aponta-se no **caso A** uma elevada percepção das “exigências físicas do cuidar” e das “consequências financeiras” no pré-teste, no pós-teste observa-se uma redução sobretudo na subescala “exigências físicas do cuidar”. No **caso B** observa-se no pré-teste uma elevada percepção das dificuldades em todas as subescalas. No pós-teste mantém-se a percepção das dificuldades em todas as subescalas exceto na subescala “relacionamento cuidador/pessoas dependente” em que se observa uma melhoria da percepção das dificuldades. No **caso C** no pré-teste constata-se uma

percepção elevada das dificuldades nas subescalas “exigências físicas do cuidar”, “restrições vida social” e “consequências financeiras”. No pós-teste observa-se um aumento das dificuldades relacionadas com o “deficit o apoio familiar” e uma diminuição das “consequências financeiras”, as restantes subescalas mantiveram scores semelhantes”. No **caso D** observa-se uma baixa percepção de dificuldades em todas as subescalas no pré e pós-teste.

Os resultados da amostra são semelhantes a estudos que utilizaram o CADI para avaliação das dificuldades percecionadas. Miranda (2013) refere os cuidadores informais identificam sentir uma maior dificuldade ao nível das “reações ao cuidar”, das “exigências físicas do cuidar”, dos “restrições na vida social” e dos “problemas financeiros”.

QUADRO 12 – Comparação entre os scores do CADI e das suas sub-escalas no pré e pós-intervenção para os casos em estudo.

	Score máximo	Caso A		Caso B		Caso C		Caso D	
		Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste
Total CADI	120	63	55	92	77	76	81	46	47
Subescala relacionamento cuidador/ pessoa dependente	28	12	7	22	13	12	18	7	9
Subescala reações ao cuidar	28	15	14	24	23	19	21	9	11
Subescala exigências físicas do cuidar	24	19	13	19	18	17	17	13	11
Subescala Restrições vida social	12	5	8	8	8	10	10	7	5
Subescala deficit no apoio familiar	8	2	5	7	4	5	7	4	5
Subescala deficit no apoio dos profissionais	8	2	2	6	5	5	4	2	2
Subescala consequências financeiras	8	8	6	6	6	8	4	4	4

Análise CAMI

Analisando os resultados na globalidade observa-se uma elevada utilização e percepção de eficiência nas estratégias de *coping* usadas no pré e que se manteve no pós-teste em

todas as cuidadoras exceto no caso C. No caso C no pós-teste observa-se uma melhoria significativa das estratégias de *coping* usadas e na percepção de eficiência dessas estratégias.

Analisando os resultados nas subescalas, no caso A, B e D observa-se um predomínio da utilização e percepção de elevada eficácia de estratégias de *coping* relacionadas com “lidar com acontecimentos/resolução de percepções” e “lidar com os significados/percepções” no pré e pós-teste. Constata-se que no caso C, no pós-teste, ocorreu um aumento da utilização e percepção de eficiência de estratégias de *coping* desses domínios, mas em valores ainda inferiores aos apresentados pelas outras cuidadoras. De salientar que todos os casos apresentam baixa utilização de estratégias de *coping* relacionadas com “lidar com o stress” no pré e pós-teste.

Os resultados da amostra no CAMI coincidem com os de Nolan, Grant e Keady (1996) referido em Barbosa (2009), que apontam os tipos de *coping* orientado para os problemas e o *coping* orientado para as emoções como mais utilizados e percebidos como eficazes. Já as estratégias que visam lidar com as consequências são no geral as menos aplicadas.

QUADRO 13 – Comparação entre a distribuição entre as respostas ao CAMI no pré e pós-intervenção por cuidadora

	Score máximo	Caso A		Caso B		Caso C		Caso D	
		Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste	Pré-teste	Pós-teste
Total CAMI	152	113	110	102	101	65	85	119	112
Lidar com acontecimentos/ resolução de problemas	56	45	44	42	48	26	34	45	46
Lidar com os significados/ percepções	60	51	45	43	38	22	31	50	46
Lidar com o stress	36	17	21	17	15	17	20	24	20

É comumente aceite que determinadas estratégias de *coping* são mais eficazes para determinadas dificuldades decorrentes do processo de cuidar e que pessoas que consigam mobilizar um vasto leque de estratégias de *coping* apresentam menores índices de stresse (Nolan, Grant e Keady, 1998). É a conjugação entre as dificuldades

percecionadas e a efetividade das estratégias de *coping* que se procurou apurar com o CADI e o CAMI.

Tentou-se então traduzir os resultados desta avaliação em diagnósticos de enfermagem utilizando a linguagem classificada. Considerou-se que o foco “stresse do prestador de cuidados”¹¹ seria o indicado, sendo que a atribuição do juízo seria decorrente das respostas ao CADI e ao CAMI e da avaliação feita pelo terapeuta de toda a situação de cada uma das cuidadoras. Os diagnósticos identificados para este foco no pré e pós-teste são apresentados no quadro 14.

Analisando o quadro 14 observa-se a melhoria do status no caso A e caso C, os restantes casos mantêm no pós-teste o status do pré-teste. A cuidadora D é a única com stress do cuidador não aumentado.

QUADRO 14 – Comparação entre os diagnósticos de enfermagem (CIPE® - versão beta 2) – Stress do cuidador, no pré e pós-teste por caso

	Pré-teste	Pós-teste
Caso A	Stress do cuidador aumentado, em grau moderado	Stress do cuidador aumentado, em grau reduzido
Caso B	Stress do cuidador aumentado, em grau elevado	Stress do cuidador aumentado, em grau elevado
Caso C	Stress do cuidador aumentado, em grau elevado	Stress do cuidador aumentado, em grau moderado
Caso D	Stress do cuidador não aumentado	Stress do cuidador não aumentado

4.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tendo em conta que a metodologia escolhida para análise os dados foi os estudos de caso múltiplos, os resultados da intervenção vão ser analisados caso a caso.

Caso A

Analisando os dados sobre esta cuidadora no pré-teste identifica-se uma grande influência de fatores de stresse primários objetivos, no caso as alterações de

¹¹ Stress do prestador de cuidados é definido por “um tipo de *coping* com as características específicas: disposições que se tomam para gerir a pressão física e psicológica de um prestador de cuidados que cuida de um membro da família ou pessoa significativa durante longos períodos de tempo; diminuição da capacidade de resolução de problemas em resposta às exigências da prestação de cuidados” (CIE, 2005, p. 51).

comportamento do marido, e de fatores secundários relacionados com tensões do papel de cuidador, no caso problemas económicos. Esta avaliação é apoiada pelos dados colhidas nas sessões e pelos resultados do CADI, que no pré-teste apontavam dificuldades percecionadas no domínio “consequências financeiras” e “exigências físicas do cuidar”. As estratégias de *coping* usadas eram orientadas para o problema e orientadas para as emoções.

No pós-teste observa-se uma melhoria do nível de saúde mental (42 para 58), que levou à alteração do status do foco Bem-estar psicológico de comprometido em grau elevado para comprometido em grau reduzido. O CADI aponta diminuição das dificuldades percecionadas no domínio “exigências físicas do cuidar” e o CAMI mostra que a intervenção não alterou o tipo de *coping* nem a percepção da eficácia deste. No entanto, tendo em conta a diminuição da percepção das dificuldades, no pós-teste alterou-se o status no Stress do cuidador de aumentado em grau moderado, para aumentado em grau reduzido.

As alterações podem ser explicadas pela permanência do marido num internamento para descanso do cuidador. Silva (2009) refere que os programas formais (exemplo do internamento para descanso do cuidador) têm como objetivo principal aliviar ou diminuir a sobrecarga provocada pela prestação de cuidados à pessoa dependente, para que esta possa permanecer pelo maior período de tempo possível na comunidade. Vários autores relacionam a melhoria da saúde mental e a diminuição da sobrecarga com a participação em programas de descanso, sendo que essas melhorias são sempre inferiores às proporcionadas pelos programas psicoeducativos (Baltar et al. 2005; Sorensen, Pinquart e Duberstain, 2002). Já Martínez (2005) refere que salvo raras exceções estes programas geralmente não conseguem reduzir significativamente o sofrimento emocional dos cuidadores, pois fornecem apenas um tempo de descanso para os cuidadores que representa um adiamento dos problemas que os CI já têm. Posto isto, não se pode concluir que as melhorias nos níveis de saúde tenham sido provocados exclusivamente pela participação no programa psicoeducativo.

Caso B

Neste caso no pré-teste aponta-se a uma grande influência de fatores primários objetivos, no caso a grande necessidade de cuidados e vigilância requerida pelo marido,

dos antecedentes pessoais, no caso a mágoa pelos anos de maus tratos físicos e psicológicos por parte do marido, a ausência de suporte social e formação em cuidados formais. O CADI mostra uma elevada perceção das dificuldades em todas as subescalas e o CAMI aponta a utilização de estratégias de *coping* orientadas para o problema e orientadas para as emoções.

No pós-teste o nível de saúde mental mantém-se semelhante (41 para 39), no entanto observa-se uma grande diminuição do score da subescala Depressão (35 para 17). Dada a manutenção do nível de saúde mental manteve-se a avaliação do foco bem-estar psicológico no pós-teste. O CADI mostra uma diminuição das dificuldades percecionadas, sobretudo na subescala relacionamento com a pessoa doente e no CAMI não se observam variações significativas, pelo que se mantém a avaliação do status para o foco stress do cuidador em aumentado em grau elevado.

Segundo Zarit e Leitsch (referido em Silva, 2009) nas situações específicas dos cuidadores informais de pessoas com demência, dada a escassa possibilidade de mudar o curso da doença, não é razoável esperar que deste tipo de intervenções resultem mudanças drásticas ao nível dos cuidadores. Também Stephens, Franks, & Townsend (1994) referido em Lopes e Cachioni (2013) aborda as flutuações frequentes, por vezes diárias, da condição do idoso com demência e o perceção de sobrecarga associado ao cuidado, que provoca no CI os mais variados sentimentos positivos e negativos, intercalando momentos de equilíbrio e crise. Sorensen Pinquart e Duberstein (2002) referem que nestas situações, dadas as exigências físicas e emocionais, as intervenções para cuidadores podem não contribuir para a diminuição dos sintomas depressivos. Assim, o agravamento do estado de saúde do marido pode ser apontado como justificação para a manutenção dos níveis de saúde mental e agravamento dos níveis de depressão.

No entanto, realça-se a diminuição da perceção das dificuldades no pós-teste no domínio da relação com a pessoa cuidada. Este facto pode estar relacionado com a melhoria da relação com o marido e com o aumento da compreensão do processo de evolução da doença demencial.

Caso C

Esta cuidadora apresentava no pré-teste uma forte influência: de fatores primários objetivos, relacionados com as exigências físicas de cuidar de dois idosos; fatores primários subjetivos, relacionados com a percepção de clausura no papel de cuidadora; e fatores secundários relacionados com tensões do papel de cuidadora, no caso os conflitos familiares e os problemas económicos. O CADI mostra uma percepção elevada das dificuldades nas subescalas “exigências físicas do cuidar”, “restrições vida social” e “consequências financeiras”. No CAMI observa-se uma baixa utilização de estratégias de *coping*.

Após a intervenção esta cuidadora apresenta uma grande melhoria do seu nível de saúde mental (28 para 44), sobretudo na subescala distresse (66 para 87), que levou à alteração do status do foco bem-estar psicológico de comprometido em grau muito elevado para comprometido em grau elevado. No CADI não se observam alterações. No CAMI verifica-se uma evolução muito boa (65 pré e 85 pós), o que pode significar que a cuidadora utiliza mais estratégias de *coping* ou as percebe como mais eficazes. Como tal alterou-se a avaliação do foco Stress do cuidador de aumentado em grau elevado para aumentado em grau moderado

Para justificar esta variação devemos ter em conta o facto de a cuidadora ter encontrado uma atividade que lhe dá bastante prazer e satisfação, pois segundo Andrade (2009) os participação em atos recreativos são dos fatores que aliviam a tarefa de cuidar. Rocha e Pacheco (2013) refere que as estratégias de *coping* centradas no cuidador são as mais eficazes na gestão da intensidade de estresse total e no stress relacionado com o relacionado com a vida familiar e prestação de cuidados. Por estes motivos não se consegue justificar a evolução dos níveis de saúde mental apenas com a intervenção psicoeducativa.

Caso D

Esta cuidadora era à partida a que se encontrava mais adaptada à situação de cuidadora informal, apresentando no pré-teste bons níveis de saúde mental, baixa percepção de dificuldades, elevada utilização de estratégias de *coping* e elevada percepção da sua eficácia enquanto cuidadora. No pós-teste os resultados apresentados por esta cuidadora

são semelhantes ao pré-teste, pelo que se manteve a avaliação dos focos bem-estar psicológico e stress do cuidador.

Esta situação explica-se pela elevada gratificação e o sentido de competência revelado ao longo das sessões. Lawton, Moss, Hoffman e Perkinson (2000) referido em Lopes e Cachioni (2013), sugerem que o impacto do cuidado muda ao longo do tempo, pois há um processo de adaptação à situação do cuidado, ou seja, o senso de ônus e estresse são altos no início, mas posteriormente diminuem, à medida que o cuidador torna-se mais competente para realizar as tarefas de cuidar e estabelece novos patamares de equilíbrio para si próprio.

Sequeira (2010b) refere que há uma correlação positiva muito elevada entre a utilização de estratégias de *coping* de forma eficaz e elevados níveis de satisfação, sendo provavelmente o que acontece com esta cuidadora. As fontes de satisfação na prestação de cuidados estão associadas ao enriquecimento da relação de cuidados, ao incremento do bem-estar do cuidador, *coping* eficaz e reduzida institucionalização do idoso (Figueiredo, 2007; Saraiva, 2008).

Apreciação global do programa

Segundo Sequeira (2010b) ser cuidador informal é um processo individual complexo, para o qual contribuem múltiplos fatores de stress provenientes de diferentes contextos, que podem influenciar em maior ou menor intensidade a saúde mental dos cuidadores, mediante a eficácia das estratégias de *coping* mobilizadas. Posto isto, e tendo em conta a reduzida dimensão da amostra e a ausência de um grupo de controlo, a análise da influência desta intervenção nos níveis de saúde mental das cuidadoras assumiu-se como um processo complexo.

Sorensen, Pinquart e Duberstain (2002) referem que um programa de 7 a 9 sessões é adequado para melhorar habilidades e conhecimentos dos cuidadores, mas pode ser insuficiente para reduzir os níveis de depressão. No entanto, o facto deste trabalho ter sido desenvolvido em meio académico durante um ensino clínico trouxe uma grande limitação de tempo para aplicar o projeto de investigação, o que condicionou os efeitos do programa psicoeducativo.

Embora o feedback final das cuidadoras fosse positivo, os instrumentos de avaliação utilizados mostram melhorias modestas nas variáveis estudadas. Faleiros (2009) com a aplicação de um programa psicoeducativo de curta duração concluiu que este foi eficaz na aquisição de conhecimentos e pouco eficaz na sobrecarga, sintomas depressivos e qualidade de vida, tendo a melhoria nos sintomas depressivos sido visível 6 meses depois da intervenção. Assim, pode-se sugerir que a eficácia deste programa nas variáveis estudadas seja visível apenas num espaço temporal que não pode ser avaliado por este trabalho.

Embora a grande maioria das intervenções desenvolvidas com cuidadores adotem o formato grupal com a eficácia e as vantagens já descritas, os resultados deste programa e a dificuldade em aceder à população alvo deste trabalho numa intervenção do tipo grupal, leva a questionar a pertinência do desenvolvimento de programas de formato individual, pois segundo a WHO (2013) os programas individuais desenvolvidos no domicílio dos cuidadores são mais facilmente adaptados às necessidades dos cuidadores, diminuem a sobrecarga já de si elevada dos cuidadores nas deslocações e produzem melhoras significativas na saúde mental e na sobrecarga dos cuidadores.

4.5. CONCLUSÕES DO ESTUDO

Os resultados mostram que em dois casos houve melhoria do nível de saúde mental e noutros dois casos não houve alteração dos níveis de saúde mental. A aplicação da metodologia dos estudos de caso múltiplos permitiu compreender a especificidade da situação de cada um das cuidadoras, sendo que em todos se identificou fatores que a bibliografia aponta como suscetíveis de influenciar de forma positiva ou negativa a saúde mental dos cuidadores. Assim, a análise da eficácia da intervenção psicoeducativa torna-se um processo complexo, sendo difícil estabelecer quais os reais efeitos do programa nos níveis saúde mental, nas dificuldades percecionadas e nas estratégias de *coping* utilizadas. Realça-se ainda assim a boa aceitação do programa por parte das cuidadoras, que foi considerado como promotor de aprendizagens e de suporte.

A revisão bibliográfica aponta os prestadores informais de cuidados como uma população de risco para o desenvolvimento de baixos níveis de saúde mental, tal como

as intervenções psicoeducativas como eficazes na redução da morbilidade mental desta população. No entanto, com a realização deste trabalho não se conseguiu provar a efetividade deste programa psicoeducativo, pois as limitações da metodologia adotada e a dimensão e características da amostra, não possibilitaram resultados mais efetivos.

A principal limitação deste estudo está relacionada com o reduzido número de sessões do programa psicoeducativo, justificado pelas limitações de tempo para o seu desenvolvimento. Outra limitação relaciona-se com o reduzido número de cuidadoras que participaram no estudo, amostras mais significativas podem facilitar a avaliação da relação entre a participação em grupos psicoeducacionais e a melhoria dos níveis de saúde mental, dificuldades percecionadas e estratégias de *coping* usadas. Tendo em conta a multiplicidade de fatores que influenciam a prestação informal de cuidados, seria importante utilizar um grupo de controlo para facilitar a avaliação da eficácia deste tipo de intervenções. O espaço temporal entre a aplicação dos instrumentos de colheita de dados no pré-teste e o início da intervenção foi demasiado longo, o que também dificultou a avaliação da efetividade da intervenção. Embora a técnica de amostragem escolhida fosse por conveniência, ao incluir no estudo uma cuidadora com bom nível de saúde mental, limitou a visibilidade da eficácia da intervenção neste caso.

Em Portugal existe um reduzido número de estudos sobre a temática da eficácia de intervenções na redução da morbilidade mental dos cuidadores informais de idosos, apesar de existir um grande número de estudos descritivos da problemática dos cuidadores. Considera-se importante continuar a desenvolver estudos que testem intervenções, de preferência já utilizados com sucesso noutros países, dirigidos aos cuidadores. Recomenda-se a aplicação de programas psicoeducativos com base neste modelo, em grupo ou individualmente, noutro ambiente, com amostras maiores e por um período de tempo superior.

5. CONCLUSÕES

A elaboração deste relatório permitiu consolidar conhecimentos e refletir sobre o processo de aprendizagem e de aquisição de competências comuns de enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental. A incorporação dos enunciados descritivos do RPQCEESM foi também uma das principais preocupações, como garante da qualidade das intervenções desenvolvidas.

A utilização da estratégia dos incidentes críticos, que embora não demonstre a total abrangência das intervenções desenvolvidas nos ensinos clínicos, revelou-se facilitadora da reflexão sobre o processo de aquisição de competências, pois ao contextualizar, fundamentar e justificar com base em evidência científica existente e ao refletir sobre o processo de desenvolvimento de cada uma das atividades, potenciou as aprendizagens.

No entanto, na reflexão realizada neste relatório salienta-se a ênfase dada às intervenções desenvolvidas na comunidade, que para além de serem uma das prioridades do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, permitiram estabelecer as bases para intervenção de saúde mental em várias áreas na comunidade de Coruche. Salienta-se a intervenção desenvolvida com clientes com esquizofrenia, que permitiu identificar algumas características desta população, e pode ser o ponto de partida para o planeamento de intervenções futuras.

A prática especializada teve como uma das principais preocupações no seu planeamento, apresentar instrumentos que facilitem a avaliação dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. A elaboração de uma proposta de catálogo CIPE para a área de saúde mental no ensino clínico desenvolvido em contexto comunitário e a utilização de instrumentos de avaliação dos ganhos em saúde noutros três incidentes críticos abordados neste relatório, baseados em instrumentos de avaliação validados ou com base naquilo que OE define como “indicadores de resultado” baseadas nas alterações positivas dos diagnósticos de enfermagem, são o reflexo desta preocupação. Considera-se que o aprofundamento desta problemática é fundamental para apresentar à sociedade a importância da aplicação das competências específicas do EESM.

Relativamente ao desenvolvimento de competências na área da comunicação de resultados de evidência científica, foi aplicada uma intervenção psicoeducativa a cuidadores informais de idosos com dependência física, que mostrou uma eficácia moderada na melhoria dos níveis de saúde mental da amostra. No entanto, reforçou a importância do desenvolvimento de intervenções com esta população, tendo em conta as dificuldades percebidas decorrentes do processo de cuidar de pessoas idosas com dependência física e os baixos níveis de saúde mental encontrados na amostra.

Considera-se que os objetivos propostos para a elaboração do presente relatório foram atingidos na sua totalidade, visto ter sido explicitado o processo de reflexão e maturação das experiências produzidas ao longo dos ensinamentos clínicos, demonstrando assim a aquisição das diferentes competências profissionais exigidas ao enfermeiro especialista em Saúde Mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agrupamento de Centros da Lezíria (2009). *Plano de Ação da UCC Ponte para a Saúde*. Coruche: Centro de Saúde de Coruche.
- Almeida, V., Lopes, M., & Damasceno, M. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Rev Esc Enferm USP*, 39 (2), 202–210.
- Amaral, A. C. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental mediante a CIPE®*. Loures: Lusociência.
- Amendoeira, J (2000). *O cuidado de enfermagem – que sentido(s)?*. Acedido em 09 de maio de 2014 em [http://joseamendoeira.com.sapo.pt/textos/artigos/OCuidadoDeEnfermagem.QueSentido\(s\).pdf](http://joseamendoeira.com.sapo.pt/textos/artigos/OCuidadoDeEnfermagem.QueSentido(s).pdf)
- American Psychiatric Association. (1996). *DSM-IV-TR*. (J. N. Almeida, Trad) 4º ed. Lisboa: Climepsi Editores. (trabalho original em Inglês publicado em 1994).
- Andrade, F. (2009). *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*. Universidade do Minho. Acedido em 10 de março de 2014 em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado%20Fernanda%20Andrade-Vers%C3%A3o%20final.pdf>.
- André, S., Nunes, M., Martins, M. & Rodrigues, V. (2013) Saúde mental em cuidadores informais de idosos dependentes pós-acidente vascular cerebral. *Revista Enfermagem Referência*, III (11), 85-94.
- Baltar, A., Cerrato, I., Trocadiz, M., & González, M. (2005). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*. Madrid: IMSERSO.
- Barbosa, A. (2009). *Cuidado informal no fim da vida: stress e coping em cuidadores primários e secundários*. Tesis Doctoral. Universidade de Aveiro, Aveiro. Acedido em 03 de janeiro de 2012 em <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/3290/1/2009000964.pdf>
- Bastos, C & Saraiva, M., (2011). A Qualidade dos cuidados de enfermagem e a Norma ISO – Aplicação empírica no Hospital Cuf Infante Santo. *Revista TMQ*, 2, 1-39. Acedido em 24 de abril de 2014 em http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/3643/1/artigo_carmen_MS_final.pdf.
- Bechelli, L. (2003). Antipsicóticos de ação prolongada no tratamento de manutenção da esquizofrenia. Parte I. Fundamentos do seu desenvolvimento, benefícios e nível de aceitação em diferentes países e culturas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 11 (3), 341-349.
- Bellack, A., Mueser, K., Gingerich, S., & Agresta, J. (2004) *Social skills training for schizophrenia – a step by step guide* (2ª edição). New York: The Guilford Press.

- Brissos, S., Palhavã, F., Marques, J. G., Mexia, S., Carmo, A. L., Carvalho, M., & Dias, C., (2012). The Portuguese version of the Personal and Social Performance Scale (PSP): reliability, validity, and relationship with cognitive measures in hospitalized and community schizophrenia patients. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47 (7). Acedido a 29/05/2012 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21739224>
- Brito, M. (2000). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Tesis Doctoral. Universidade do Porto, Porto. Acedido em 26 de março de 2014 em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9933>.
- Caldas, J. & Xavier, M. (2010). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental (1º Relatório)*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Cardoso, L., & Galera, S. (2006). Adesão ao tratamento psicofarmacológico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19 (3), 343–348.
- Carvalho, J. (2012). Diagnósticos e intervenções de enfermagem centradas no processo familiar, da pessoa com esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (8), 52-57.
- Ceitel, M. (2007). *Gestão e desenvolvimento de competências*. Lisboa: Edições silabo.
- Centro Hospital Médio Tejo. (2011). *Catálogo CHMT: Fenómenos de enfermagem, status dos diagnósticos e intervenções de enfermagem mais frequentes* (Versão 1). Torres Novas.
- Comissão das Comunidades Europeias (2005). *Livro Verde – Melhorar a saúde mental da população. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias.
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. (2007). *Relatório – Proposta de plano de ação para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal*. Ministério da Saúde.
- Conselho de Enfermagem. (2011). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Referencial do Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho Internacional de Enfermagem. (1999). *Classificação para a prática de Enfermagem (CIPE®/ICNP): versão Beta 2*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermagem.
- Conselho Internacional de Enfermagem. (2005). *Classificação para a prática de Enfermagem: versão 1.0*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermagem.
- Conselho Internacional dos Enfermeiros. (2006). *Dotações seguras salvam vidas*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2008). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Conselho Internacional de Enfermeiros (2009). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE®*, Edição Portuguesa. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®*, Versão 2, Edição Portuguesa. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2010a). *Cuidados Integrados e recuperação. Manual de trabalho versão 1.3*. Porto: Alto Comissariado de Saúde
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2010b). *Manual do formador - Cuidados Integrados e Recuperação*. Lisboa: ACSS.
- Cordeiro, J. (2003). *Psiquiatria Forense*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Direção Geral de Saúde. (2013). *Informação para candidaturas a financiamento ao POPH (Programa Operacional do Potencial Humano)*. Lisboa. Acedido em 24 de abril de 2014 em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Anexo%20VI%20-%20Sa%C3%BAde%20Mental.pdf>.
- Decreto-lei n.º 101/2006 de 6 de junho (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República I Série-A. Nº 109 (06-06-06), 3856-3865.
- Decreto-lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro (2008). Cria os agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República I Série. Nº 38 (08-02-22), 1182-1189.
- Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril (2009). Estabelece os princípios enformadores da organização e funcionamento da unidade de cuidados na comunidade (UCC) e dos agrupamentos de centros de saúde (ACES). Diário da República II Série. Nº 74 (09-04-16), 15438-15440.
- Direção Geral de Saúde. (2012). *Programa Nacional para a Saúde Mental - Orientações Programáticas*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em 12 de março de 2014 em www.dgs.pt/programas-nacionais-prioritarios-saude-mental-pdf.aspx.
- Donorfio, L., Vetter, R., & Vracevic, M. (2010). Effects of three caregiver interventions: support, educational literature, and creative movement. *Journal of women & aging*, 22 (1), 61-75. Acedido em 15 de Maio de 2012 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20391149>
- Duarte, A. (2003). *Intervenção grupal de âmbito psicoeducativo com pessoas com doença mental de evolução prolongada*. Tesis Doctoral. Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal. Acedido em 02 de fevereiro de 2014 em <http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/4686>.
- Faleiros, D. (2009). *Cuidador de idosos com doença de Alzheimer: efeitos de grupos psico-educacionais e suporte domiciliário individualizado*. Tesis Doctoral. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. Acedido em 10 de Janeiro de 2012 em

http://www.bdttd.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2321.

- Fallon, I., Mueser, K., Gingerich, S., Rapaport, R., McGill, C., Graham-Hole, V. & Fadden, G. (2002). *Terapia Familiar Comportamental*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.
- Figueiredo, D. (2007). *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência*. Tesis Doctoral. Universidade de Aveiro, Aveiro. Acedido a 03 de janeiro de 2012 em <http://biblioteca.sinbad.ua.pt/teses/2007001045>.
- Figueiredo, A., Souza, L., Dell'Áglio, J., & Argimon, I. (2009). O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental E Cognitiva*, 11 (1), 15–24.
- Fonseca, T. (2010). *Sobrecarga, depressão e Generatividade em mulheres cuidadoras informais*. Tesis Doctoral. Faculdade de Psicologia, Lisboa. Acedido a 02 de Janeiro de 2012 em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2495/1/ulfp035829_tm.pdf.
- Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. (3ª edição). Loures: Lusociência
- Gomes, B. & Lafer, B. (2007). Psicoterapia em grupo de pacientes com transtorno afetivo bipolar. *Revista Psiquiatria Clínica*. 34 (2), 84-89.
- Gomes, J. & Henriques, C. (2012). *Planeamento descritivo do 2º semestre*. Leiria: IPL.
- Graça, L. (2010). Satisfação profissional dos profissionais de saúde: um imperativo também para a gestão. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*. 28 (1), 3-6. Acedido em 09 de maio de 2014 em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpsp/v28n1/v28n1a01.pdf>.
- Guanaes, C., & Japur, M. (2001). Grupo de Apoio com Pacientes Psiquiátricos Ambulatoriais em Contexto Institucional: Análise do Manejo Terapêutico. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 14 (1), 191–199.
- Harrison, p., Geddes, J. & Sharpe, M. (2006) *Guia prático Climepsi de psiquiatria*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hospital Distrital de Santarém EPE. (2010). Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, quem somos e o que fazemos. *HDSInForma*, 32, 4-5.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011), Sexo e Estado civil; Decenal. Acedido em 02 de abril de 2014 em <http://www.ine.pt>
- Joyce-Moniz, L. (2010). *Hipnose, meditação, relaxamento, dramatização - Técnicas de sugestão e auto-sugestão*. Porto: Porto Editora.
- Knapp, P. & Isolan, L. (2005). Abordagens psicoterápicas no transtorno bipolar. *Revista Psiquiatria Clínica*, 32 (1), 98-104.

- Kaplan, H., Sadock, H. & Grebb, J. (1997). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clinica* (7ª Edição). Porto Alegre: Artmed.
- Lage, M. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacto do cuidado no cuidador informal*. Tesis Doctoral. Universidade do Porto, Porto. Acedido em 16 de Janeiro de 2012 em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7243/4/TESE%20DISCUSS%C3%83O%2008%20A%20BRIL.pdf>
- Lehtinen, V. (2008). *Building up good mental health – Guidelines based on existing knowledge*. Jyväskylä: Gummerus Printing.
- Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro (2009). Altera os estatutos da Ordem dos Enfermeiros aprovado no Decreto-Lei nº 104/98 de 21 e Abril e aprova o código deontológico dos enfermeiros. Diário da Republica, 1º Série – Nº 180, (09-09-16), 6528-6550.
- Lopes, L. & Cachioni, M. (2013). Impacto de uma Intervenção Psicoeducacional sobre o Bem-Estar Subjetivo de Cuidadores de Idosos com Doença de Alzheimer. *Temas em Psicologia*, 21 (1), 165-181.
- López, J., & Crespo, M. (2008). Analysis of the efficacy of a psychotherapeutic program to improve the emotional status of caregivers of elderly dependent relatives. *Aging & mental health*, 12 (4), 451-61.
- Loureiro, N. (2009). *A sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos com demência*. Tesis Doctoral. Universidade Fernando Pessoa. Porto. Acedido em 26 de abril de 2014 em <http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/1516>.
- Loureiro, C. (2013). Treino de competências sociais – uma estratégia em saúde mental: técnicas e procedimentos para a intervenção. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (9), 41–47.
- Marin, H. de F. (2009). Terminologia de referência em Enfermagem: a Norma ISO 18104. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22 (4), 445–448.
- Martínez, J. (2005). *Entrenamiento en manejo del estrés en cuidadores de familiares mayores dependientes: desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. Acedido em 20 de fevereiro de 2012 em <http://biblioteca.ucm.es/tesis/psi/ucm-t28693.pdf>.
- Maruiti, M., Galdeano, L. & Farah, O. (2008). Ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21 (4), 636-642.
- McCarthy, C., & Aquino-Russell, C. (2009). A comparison of two nursing theories in practice: Peplau and Parse. *Nursing Science Quarterly*, 22 (1), 34–40.
- McClosky, J.C. & Bulechek, G.M. (2004). *Classificação das Intervenções em Enfermagem – NIC*. (3ª Edição). Artmed: Porto Alegre.

- Ministério da Saúde. (2006). *Circular normativa: Regime de trabalho de horário acrescido – critérios*. Lisboa.
- Ministério da Saúde. (2008). *Resumo Executivo Plano Nacional de Saúde Mental 2007— 2016*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Ministério da Saúde & Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guia de recomendações para o cálculo de dotações de enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde: Indicadores e valores de referência (proposta do grupo de trabalho)*. Acedido em 28 de abril de 2014 em <http://www.slideshare.net/doutorenfermeiro/recomendacoes-dotacao-enfermeirosnsvsite>
- Ministério da Saúde (2013). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 - versão resumo*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em 23 de abril de 2014 em <http://pns.dgs.pt/files/2013/05/Versao-resumo.pdf>
- Miranda, I. (2013). *Os cuidadores informais na prestação de cuidados a pessoas idosas em situação de dependência: um estudo no concelho do Montijo*. Tesis Doctoral. Universidade de Lisboa, Lisboa. Acedido em 26 de abril de 2014 em <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/6576>
- Monterroso, L., Pierdevara, L. & Joaquim, N. (2012). Avaliação da adesão regime terapêutico dos utentes seguidos na consulta externa de Psiquiatria do Centro Hospitalar Barlavento Algarvio. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 39-45.
- Moraes, L., Lopes, M., & Braga, V. (2006). Componentes funcionais da teoria de Peplau e sua confluência com o referencial de grupo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19 (2), 228–233.
- Morgado, J., (2012). *O estudo de caso na Investigação em educação*. Santo Tirso: De Facto Editores.
- Mussi, S., Soares, M., & Grossi, R. (2013). Transtorno Bipolar: Avaliação de um Programa de Psicoeducação sob o Enfoque da Análise do Comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental E Cognitiva*, 15 (2), 45–63.
- Nolan, M., Grant, G., & Keady, J. (1998). *Assessing the Needs of Family Carers - A guide for practitioners* (1º Ed.). Brighton: Pavilion.
- Ocampo, J., Herrera, J., Torres, P., Rodríguez, J., Lobo, L. & Garcia, C. (2007) - Sobrecarga associada com el cuidado de ancianos dependientes. *Colombia Médica*. 38 (1), 40-46.
- Oliveira, A. (2009). *Cuidados informais ao idoso dependente: motivos e gratificações*. Tesis Doctoral. Universidade de Aveiro, Aveiro. Acedido em 03 de janeiro de 2012 em <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/3295/1/2009001100.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: OE.

- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Palha, A. & Coelho, C. (2006). *Treino de habilidades sociais aplicado a clientes com esquizofrenia* (1ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Passos, J., Sequeira, C., & Fernandes, L. (2013). Desenvolvimento de um catálogo CIPE®: Necessidades do idoso em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (10), 15-23.
- Payne, R. (2003). *Técnicas de relaxamento – Um guia prático para profissionais de saúde* (2ª edição). Loures: Lusociência.
- Peplau, H. (1990). *Relaciones Interpersonales en Enfermería*. Barcelona: Salvat.
- Pereira, M. (2011). *Cuidadores Informais de Doentes de Alzheimer: Sobrecarga Física, Emocional e Social e Psicopatologia*. Tesis Doctoral. Universidade do Porto, Porto. Acedido em 02 de abril de 2014 em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7152/2/Cuidadores%20Informais%20de%20Doentes%20de%20Alzheimer%20Sobrecarga%20Fis.pdf>
- Regulamento n.º 122/ 2011 de 18 de fevereiro (2011a). Regulamenta as competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República II Série. N.º 35 (11-02-18), 8648-8669.
- Regulamento n.º 129/ 2011 de 18 de fevereiro (2011b). Regulamenta as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental. Diário da República II Série. N.º 35 (11-02-18), 8669-8673.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008 de 6 de março (2008). Aprova o plano Nacional de Saúde Mental 2007/2016. Diário da República I Série. Nº 47 (08-03-06), 1395-1409.
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (3ª Ed.). Porto: Legis Editora.
- Ribeiro, J. (2011). *Inventário de saúde mental*. Lisboa: Placebo.
- Ribeiro, O., Carvalho, F., Ferreira, L. & Ferreira, P. (2008). Qualidade nos cuidados de saúde. *Revista Millenium online*, 35,1-20. Acedido em 03 de Maio de 2014 em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium35/7.pdf>
- Ribeiro, C., Souza, A., Barreto, R., Neves, H., & Barbosa, M. (2012). Técnica de incidente crítico e seu uso na Enfermagem : revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1), 162–171..
- Ricarte, L. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande*. Tesis Doctoral. Universidade do Porto, Porto. Acedido em 10 de janeiro de 2012 em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf>.

- Rocha, B & Pacheco, E. (2013). Idoso em situação de dependência: estresse e coping do cuidador informal, *Acta Paulista de Enfermagem*, 26 (1), 50-56.
- Saraiva, S. (2008). *O cuidado informal ao idoso dependente: impacto no cuidador primário e secundário*. Tesis Doctoral. Universidade de Aveiro, Aveiro. Acedido em 04 de Janeiro de 2012 em <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3262/1/2009000505.pdf>
- López, J., & Crespo, M. (2008). Analysis of the efficacy of a psychotherapeutic program to improve the emotional status of caregivers of elderly dependent relatives. *Aging & mental health*, 12 (4), 451-61. Acedido em 15 de maio de 2012 em <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607860802224292#preview>
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica – Do diagnóstico à intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto
- Silva, C. & Brandão, M. (2012). Impacto da gestão da ansiedade em pessoas internadas com o diagnóstico de depressão. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 61-69.
- Sequeira, C. (2010a). *Cuidar de idosos com dependência mental: do processo de transição à aquisição de competências*. II Congresso Internacional da SPESM - Livro de resumos (p. 56-64). Porto: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.
- Sequeira, C. (2010b). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Libel.
- Silva, A. (2009). *Efectividade de um programa de intervenção na percepção de sobrecarga dos familiares cuidadores de pessoas idosas com demência*. Tesis Doctoral. Faculdade de Medicina, Lisboa. Acedido a 02 de Janeiro de 2012 em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/2375>
- Silva, M. & Graveto, J. (2008). Modelo Conceptual Versus “Modelo Oculto” para a (na) Prática da Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 12 (2), 67-70. Acedido em 26 de março de 2014 em http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_67-70.pdf
- Sorensen, S., Pinquart, M., Duberstain, P. (2002). How Effective Are Interventions With Caregivers? An Updated Meta-Analysis. *The Gerontologist*, 42 (3). 356-372. Acedido em 05 de Janeiro de 2012 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12040138>
- Sousa, M., Landeiro, M., Pires, R. & Santos, C., (2011). Coping e adesão ao regime terapêutico. *Revista de Enfermagem Referência*, III (4), 151-160.
- Sousa, L., & Ribeiro, A. (2013). Prestar cuidados de enfermagem a pessoas idosas: experiências e impactos. *Saude Soc.* 22(3), 866–877. Acedido em 18 de janeiro de 2014 em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n3/19.pdf>
- Stefanopoulou, E., Lafuente, A. R., Fonseca, A. S., Keegan, S., Vishnick, C., & Huxley, A. (2011). Global assessment of psychosocial functioning and predictors of outcome in schizophrenia. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 15(1), 62–8.

- Stuart, G. W. & Laraia, M. T. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e prática* (6ªed.). (D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Tavares, H. (2008). *Articulação de cuidados de enfermagem entre Hospital e Centro de Saúde no âmbito dos Cuidados Continuados*. Tesis Doctoral. Universidade do Porto, Porto. Acedido em 02 de maio em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7172/2/Tese%20Mestrado%20Helena%20Tavares.pdf>
- World Health Organization (1986). *Carta de Ottawa*. Ottawa: OMS
- World Health Organization. (2001). *The World Health Report – Mental Health: New Understanding, New Hope*. World Health Organization: Geneva.
- World Health Organization. (2013). *Demencia una prioridad de salud publica*. World Health Organization: Washington.
- Yalom, I. (2006); *Psicoterapia de Grupo: Teoria e prática* (5ª Ed.); Traduzido por Costa, R. C; Porto Alegre: Artmed.
- Zygmunt, A., Olfson, M., Boyer, C. & Mechanic, D. (2002). Interventions to Improve Medication Adherence in Schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*. 159(10). 1653-1664.

ANEXOS

ANEXO I

Regulamento n.º 122/ 2011 de 18 de fevereiro - Regulamenta as competências comuns do enfermeiro especialista

ANEXO II

Regulamento n.º 129/ 2011 de 18 de fevereiro - Regulamenta as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental

ANEXO III

Catálogo CIPE da área de saúde mental para UCC Ponte para a Saúde



3º Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental

**Catálogo CIPE da área de saúde
mental para UCC Ponte para a
Saúde**

Ricardo Nuno Silva Rocha

Leiria, junho de 2012



3º Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental

**Catálogo CIPE da área de saúde
mental para UCC Ponte para a
Saúde**

Ricardo Nuno Silva Rocha
Aluno nº 5110342

Enfermagem de Saúde Mental II
Prof. José Carlos Gomes

Leiria, junho de 2012

ÍNDICE

Índice CIPE	Foco	Página
1A.1.1.2.2.1.1.9.1.5.1	Adesão ao Regime Terapêutico	19
1A.1.1.1.12.3.1.1	Agitação	6
1A.1.1.2.1.1.2.2.2	Alucinação	8
1A.1.1.2.1.1.5.7	Ansiedade	14
1A.1.1.2.1.2.2	Auto-estima	18
1A.1.1.2.1.1.5.5	Euforia	12
1A.1.1.2.1.1.5.10	Humor	10
1A.1.1.1.11.1.4	Insônia	4
1A.1.1.2.2.2.1	Interação social	21
1A.1.1.2.1.1.2.1	Pensamento	7
1A.1.1.2.1.1.6.1	Vontade de viver	16
1A.1.2.1.1	Processo Familiar	22

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ANEXO 1 Escala de ansiedade de Hamilton

ANEXO II Escala de auto-estima de Rosemberg

FOCO: INSÓNIA

Definição: Insónia é um tipo de Sono com as seguintes características específicas: incapacidade crónica de dormir ou de se manter a dormir a noite toda ou durante os períodos de sono planeados, apesar do posicionamento confortável num ambiente agradável; espertina, falta de sono; frequentemente associada a factores psicológicos ou físicos como o stresse emocional, ansiedade, dor, desconforto, tensão, perturbação da função cerebral e abuso de drogas.

Diagnósticos de enfermagem/resultados de enfermagem:

- Insónia (inicial, intermédia, terminal ou total), presente/ausente
- Insónia, presente em grau:
 - Reduzido: A pessoa dorme menos horas que o habitual e apresenta sintomas físicos de cansaço
 - Moderado: A pessoa dorme poucas horas dias e sente-se cansado
 - Elevado: A pessoa dorme poucas horas dia e sente-se muito cansado ou agitado
- Conhecimento sobre técnica de relaxamento, demonstrado/não demonstrado
- Conhecimento sobre prevenção insónia, presente/ausente

Intervenções:

- Ensinar sobre hábitos de repouso
- Ensinar sobre hábitos de vida saudável;
- Ensinar gestão do ambiente
- Ensino sobre gestão do regime terapêutico;
- Supervisar insónia
- Informar sobre complicações
- Planear com a pessoa plano de atividades diário;
- Promover expressão de sentimentos
- Informar sobre estratégias a adoptar para facilitar sono
- Executar técnica de relaxamento
- Ensinar sobre técnica de relaxamento
- Instruir técnica de relaxamento

- Planear o sono
- Ensinar família sobre gestão do ambiente
- Requerer serviços médicos

FOCO: AGITAÇÃO

Definição: Agitação é um tipo de Hiperactividade com as seguintes características específicas: excitação psicomotora sem objectivo, actividade incessante, andar sem parar; descarga de tensão nervosa associada com ansiedade, medo ou stresse mental.

Diagnósticos de enfermagem/resultados de enfermagem:

- Agitação, presente/ausente
- Agitação, presente em grau:
 - Reduzido: Comportamento descontrolado, mas susceptível de intervenção por reconversão e tranquilização.
 - Moderado: Comportamento descontrolado e difícil de reverter e controlar;
 - Elevado: Agitação muito descompensadora e fonte importante de dificuldade e risco de danos pessoais;
- Conhecimento da família sobre formas de lidar com a agitação, demonstrado/não demonstrado

Intervenções:

- Gerir a comunicação (Procedimento)
- Disponibilizar presença
- Executar técnica de relaxamento
- Gerir o ambiente físico
- Instruir na gestão da agitação
- Restringir a atividade motora
- Vigiar a ação do cliente
- Promover o apoio da família e outras pessoas significativas
- Facilitar família na identificação de factores desencadeantes de agitação
- Ensinar prestador de cuidados sobre técnica de distração
- Ensinar família sobre gestão do ambiente
- Ensinar família sobre gestão do regime terapêutico
- Requerer serviços médicos

FOCO: PENSAMENTO

Definição: Pensamento é um tipo de Cognição com as seguintes características específicas: Criação de imagens mentais ou conceitos na mente de cada um; conceptualização.

Diagnósticos de enfermagem/resultados de enfermagem:

- Processo de pensamento, alterado/não alterado
- Alteração do pensamento, presente em grau:
 - Ligeiro: Delírios presentes mas aparentemente inofensivos, perturbando pouco o cliente
 - Moderado: Delírios perturbadores e descompensadores;
 - Acentuado: Delírios fortemente descompensadores e fontes de grande alteração do comportamento
- Conhecimento da família sobre estratégias de adaptação às alterações de pensamento, demonstrado/ não demonstrado

Intervenções:

- Disponibilizar presença
- Oferecer escuta activa
- Gerir a comunicação (Procedimento);
- Supervisar pensamento;
- Ensinar a pessoa sobre alterações do pensamento;
- Incentivar a participação em actividades de distração;
- Informar sobre recursos da comunidade;
- Ensinar o cuidador sobre alterações do pensamento;
- Ensinar família sobre gestão do ambiente
- Apoiar família na identificação de estratégias de coping eficazes
- Ensinar prestador de cuidados sobre técnica de distração
- Ensinar família sobre gestão do regime terapêutico;
- Orientar a pessoa para serviços médicos

FOCO: ALUCINAÇÃO

Definição: Alucinação é um tipo de Percepção com as seguintes características específicas: Aparente registo de estímulos sensoriais que realmente não estão presentes, classificam-se, de acordo com os sentidos, em alucinações auditivas, visuais, olfactivas, gustativas ou tácteis.

Diagnósticos de enfermagem/resultados de enfermagem:

- Alucinação, presente/ausente
- Alucinação, presente em grau:
 - Reduzido: alucinações inofensivas e pouco perturbadoras para o cliente.
 - Moderado: alucinações perturbadoras e causadoras de descompensação do cliente;
 - Elevado: alucinações fortemente descompensatórias e fonte de grande alteração de comportamento;
- Conhecimento da família sobre estratégias de adaptação às alucinações, demonstrado/ não demonstrado

Intervenções:

- Disponibilizar presença
- Gerir a comunicação (Procedimento)
- Facilitar a comunicação expressiva de emoções
- Supervisar alucinação
- Facilitar estratégias coping eficazes
- Facilitar pessoa a identificar factores desencadeantes da alucinação
- Identificar com a pessoa estratégias anteriores de adaptação eficaz
- Identificar com a pessoa estratégias de coping face à doença
- Orientar a pessoa a participar em atividades recreativas, educativas e sociais;
- Incentivar a participação em actividades de distração
- Ensinar prestador de cuidados sobre a doença
- Ensinar prestador de cuidados sobre estratégias de adaptação
- Ensinar prestador de cuidados sobre gestão da alucinação
- Instruir prestador de cuidados sobre gestão da alucinação

- Ensinar família sobre gestão do ambiente
- Ensinar prestador de cuidados sobre técnica de distração
- Ensinar família sobre gestão do regime terapêutico
- Requerer serviço médico.

FOCO: HUMOR

Definição: Humor é um tipo Emoção com as características específicas: níveis de sentimentos e tonalidades emocionais.

Diagnósticos de enfermagem/resultados de enfermagem:

- Humor, adequado/inadequado
- Humor, diminuído em grau:
 - Reduzido: é visível e referido um humor ligeiramente depressivo, alguma perda de interesse
 - Moderado: Sente-se triste com alguma frequência
 - Elevado: Sente-se quase sempre com considerável perda de interesse
 - Muito elevado: predomínio de humor depressivo, perda acentuada/total de interesse ou de prazer
- Conhecimento sobre processo de doença, demonstrado/não demonstrado
- Conhecimento da família sobre processo de doença, demonstrado/não demonstrado

Intervenções:

- Disponibilizar presença
- Oferecer escuta activa
- Oferecer suporte emocional
- Promover humor adequado
- Supervisar humor
- Identificar níveis de depressão (através de escala)
- Gerir a comunicação (Procedimento)
- Encorajar a expressão de emoções e sentimentos
- Executar técnica de reestruturação cognitiva
- Executar técnica de resolução de problemas
- Ensinar sobre a doença
- Assistir a pessoa na identificação de estratégias de coping eficazes
- Incentivar a participação em actividades de distração
- Negociar com a pessoa contrato terapêutico

- Promover o apoio da família e outras pessoas significativas
- Ensinar prestador de cuidados sobre doença
- Ensinar o prestador de cuidados sobre gestão dos sintomas da doença
- Ensinar família sobre gestão do regime terapêutico;
- Orientar a pessoa para serviços médicos

FOCO: EUFORIA

Definição: Euforia é um tipo de Emoção com as seguintes características específicas: sentimento de júbilo; sentimento exagerado de bem-estar físico e emocional que se manifesta habitualmente por extrema alegria, optimismo e auto-satisfação, sem base na realidade ou na verdade, desproporcionado às causas e inapropriado à situação; associada ao estado maníaco de perturbações mentais, como doença bipolar ou ao uso de drogas.

Diagnósticos de enfermagem/resultados de enfermagem:

- Euforia, presente/ausente
- Euforia, presente em grau:
 - Ligeiro: A euforia é notada pelos amigos e família mas não é causadora de perturbação
 - Moderado: A euforia é nitidamente anormal
 - Acentuado: O cliente anda eufórico achando graça a tudo
- Conhecimento da família sobre euforia, demonstrado/não demonstrado

Intervenções:

- Gerir a comunicação (Procedimento)
- Disponibilizar presença;
- Oferecer escuta ativa
- Supervisar euforia
- Ensinar sobre a doença
- Estabelecer limites sobre determinados comportamentos
- Incentivar a participação em actividades de distração
- Executar técnica de relaxamento
- Ensinar pessoa sobre técnica de relaxamento
- Instruir pessoa sobre técnica de relaxamento
- Promover envolvimento da família
- Ensinar prestador de cuidados sobre a doença
- Ensinar família sobre gestão do regime terapêutico;
- Apoiar família na identificação de estratégias de coping eficazes

➤ Requerer serviço médico

FOCO: ANSIEDADE

Definição: Ansiedade é um tipo de Emoção com as seguintes características específicas: sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da auto-segurança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz tremula.

Diagnósticos de enfermagem/resultados de enfermagem:

- Ansiedade, presente/ausente
- Ansiedade, presente em grau:
 - Reduzido: menos de 9 pontos na Escala de Hamilton
 - Moderado: entre 9 e 17 pontos na Escala de Hamilton
 - Elevado: entre 18 e 25 pontos na Escala de Hamilton
 - Muito elevado: mais de 25 pontos na Escala de Hamilton
- Conhecimento sobre auto-controlo ansiedade, demonstrado/não demonstrado;
- Conhecimento do prestador de cuidados sobre controlo da ansiedade, demonstrado/não demonstrado;

Intervenções:

- Oferecer escuta activa
- Oferecer suporte emocional
- Escutar o cliente
- Facilitar suporte familiar
- Encorajar a comunicação expressiva de emoções
- Encorajar auto controlo: ansiedade
- Informar pessoa sobre processo de doença
- Executar técnica de relaxamento
- Ensinar pessoa sobre técnica de relaxamento
- Instruir pessoa sobre técnica de relaxamento
- Executar técnica de reestruturação cognitiva
- Incentivar a participação em actividades de distracção
- Ensinar prestador de cuidados sobre doença

- Ensinar o prestador de cuidados sobre gestão dos sintomas da doença
- Ensinar família sobre gestão do regime terapêutico;
- Orientar a pessoa para serviços médicos

FOCO: VONTADE DE VIVER

Definição: Vontade de viver é um tipo de Força de Vontade (volição) com as seguintes características específicas: a vontade é influenciada por pensamentos e desejos de continuar a viver apesar das circunstâncias difíceis, forte ímpeto de viver, fazer escolhas ou agir no sentido de atentar contra a própria vida.

Diagnósticos de enfermagem/resultados de enfermagem:

- Vontade de viver, diminuída em grau:
 - Reduzido: Apresenta por vezes ideação suicida, não estruturada e/ou não consistente;
 - Moderado: Apresenta ideação suicida não estruturada e consistente ou estruturada e não consistente;
 - Elevado: com tentativa de suicídio anterior, apresenta ideação suicida e estruturada quando questionada;
 - Muito elevado: com tentativa de suicídio anteriores e apresenta ideação suicida estruturada e consistente de forma espontânea;
- Conhecimento da família sobre formas de lidar com alterações da vontade de viver, demonstrado/ não demonstrado

Intervenções:

- Disponibilizar presença
- Gerir a comunicação (Procedimento)
- Oferecer escuta activa
- Facilitar a comunicação expressiva de emoções
- Supervisar a vontade de viver
- Promover a esperança
- Oferecer suporte emocional
- Assistir a pessoa na identificação de estratégias de coping eficazes
- Incentivar a participação em actividades de distração
- Promover o apoio da família e outras pessoas significativas
- Ensinar família sobre gestão do ambiente
- Ensinar família sobre sinais de alteração da vontade de viver

- Apoiar família na identificação de estratégias de coping eficazes
- Requerer serviço médico

FOCO: AUTO-ESTIMA

Definição: Auto Estima é um tipo de Auto Conceito com as seguintes características específicas: Opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si, verbalização de auto-aceitação e de auto-limitação, desafio das imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, da mesma maneira, que da critica construtiva.

Diagnósticos de enfermagem/resultados de enfermagem:

- Auto-estima, diminuída/aumentada
- Auto-estima, diminuído em grau:
 - Reduzido: Escala de avaliação da auto-estima de Rosemberg >30 e <40.
 - Moderado: Escala de avaliação da auto-estima de Rosemberg >20 e <30;
 - Elevado: Escala de avaliação da auto-estima de Rosemberg >15 e <20;
 - Muito elevado: Escala de avaliação da auto-estima de Rosemberg >10 e <15;

Intervenções:

- Executar relação de ajuda
- Supervisar níveis de auto estima
- Facilitar o auto conhecimento
- Oferecer escuta activa
- Encorajar a comunicação expressiva de emoções
- Promover auto estima
- Incentivar a participação em actividades de distracção
- Executar técnica de reestruturação cognitiva
- Assistir a pessoa na identificação de estratégias de coping eficazes
- Reforçar confiança na aprendizagem de habilidades
- Promover o apoio da família e outras pessoas significativas

FOCO: ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

Definição: Adesão ao Regime Terapêutico é um tipo de Gestão do Regime Terapêutico com as seguintes características específicas: desempenhar actividades para satisfazer as exigências terapêuticas dos cuidados de saúde; aceitação do decurso de tratamento prescrito como prestador de cuidado ou apoiante.

Diagnósticos de enfermagem/resultados de enfermagem:

- Adesão ao regime terapêutico demonstração/ não demonstrado
- Conhecimento sobre regime terapêutico demonstração/ não demonstrado
- Conhecimento da família sobre regime terapêutico demonstração/ não demonstrado

Intervenções:

- Gerir a comunicação (Procedimento)
- Oferecer escuta ativa
- Encorajar a comunicação expressiva de emoções
- Avaliar a adesão ao regime terapêutico
- Avaliar efeitos secundários da medicação
- Assistir a pessoa a identificar a razão para não aderir ao regime terapêutico
- Identificar crenças erróneas
- Ensinar sobre efeitos secundários da medicação
- Ensinar sobre benefícios da adesão ao regime terapêutico
- Ensinar sobre complicações associadas à não adesão ao regime terapêutico
- Facilitar a aprendizagem de estratégias de coping
- Encorajar a tomada de decisão relativa a comportamentos de adesão
- Elogiar adesão ao regime terapêutico
- Negociar adesão ao regime terapêutico
- Facilitar apoio familiar ou de pessoas significativas
- Ensinar a família sobre regime terapêutico
- Ensinar família sobre efeitos secundários da medicação
- Ensinar família sobre complicações da não adesão ao regime terapêutico
- Orientar para serviços de saúde

FOCO: INTERACÇÃO SOCIAL

Definição: Interação Social é um tipo de acção Interdependente com as seguintes características específicas: Acções de intercâmbio social mútuo, participação e trocas sociais entre indivíduos e grupos.

Diagnósticos de enfermagem/resultados de enfermagem:

- Interação social, alterada/não alterada
- Interação, diminuída em grau:
 - Reduzido: Permanece em espaços sociais mas com fraca interacção
 - Moderado: Permanece em espaços sociais mas não interage
 - Elevado: Isola-se em casa mas interage quando é abordado
 - Muito elevado: Isola-se em casa e não interage mesmo quando é abordado

Intervenções:

- Oferecer escuta ativa
- Oferecer suporte emocional
- Gerir a comunicação (Procedimento)
- Promover expressão de sentimentos
- Facilitar a identificação de factores inibidores da interacção social
- Informar sobre importância da interacção social
- Negociar com a pessoa contrato terapêutico
- Planear programa de interacção social
- Ensinar sobre competências de interacção social
- Instruir sobre competências de interacção social
- Treinar a pessoa na utilização de competências de interacção social
- Incentivar interacção social
- Promover para interacção social
- Planear programa de interacção social
- Incentivar a participação em actividades de distração
- Promover o apoio da família e outras pessoas significativas

FOCO: PROCESSO FAMILIAR

Definição: Processo Familiar é um tipo de Fenómeno de Enfermagem da Família com as seguintes características específicas: interações positivas ou negativas que se vão desenvolvendo e padrões de relacionamento entre os membros da família.

Diagnósticos de enfermagem/resultados de enfermagem:

- Processo familiar, comprometido/não comprometido;

Intervenções:

- Promover a comunicação familiar;
- Encorajar a expressão de sentimentos e expectativas dos membros da família
- Ensinar a família sobre processo de doença
- Apoiar família na identificação de estratégias de coping eficazes
- Ensinar a família sobre regime terapêutico
- Informar sobre recursos da comunidade
- Promover o suporte familiar
- Ensinar família sobre gestão do ambiente
- Negociar os papéis familiares

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Centro Hospital Médio Tejo. (2011). *Catálogo CHMT: Fenómenos de enfermagem, status dos diagnósticos e intervenções de enfermagem mais frequentes* (Versão 1). Torres Novas.
- Conselho Internacional de Enfermagem. (2005). *Classificação para a prática de Enfermagem (CIPE/ICNP): versão Beta 2* (3ª Edição). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermagem
- McClosky, J.C., Bulechek, G.M. (2004). *Classificação das Intervenções em Enfermagem – NIC*. (3º Edição). Artmed: Porto Alegre.
- Sequeira. C. (2006). *Introdução à prática clínica – Do diagnóstico à intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica* (1ª Edição). Quarteto Editora: Coimbra.

ANEXO IV

Programa de intervenção aplicado a clientes com diagnóstico de depressão no serviço de internamento de psiquiatria do Hospital Distrital de Santarém, EPE

Programa de intervenção aplicado a clientes com diagnóstico de depressão no serviço de internamento de psiquiatria do Hospital Distrital de Santarém, EPE

Dia/hora/duração	Tema e operacionalização da sessão
13/04/2012 às 14h00, com duração de 60 minutos	<p>“Lidar com stress” – Parte 1</p> <p>Explicação do funcionamento das sessões;</p> <p>Apresentação dos presentes através da adaptação da dinâmica “a teia”, pedindo a cada elemento que se apresente e que refira qual a sua principal fonte de stress;</p> <p>Pedido de preenchimento da escala HADS;</p> <p>Utilização de uma apresentação powerpoint onde é sucintamente explicado o que é stress e os seus efeitos na saúde mental;</p> <p>Fornecimento de lista com acontecimentos de vida, pedindo a cada cliente identifica-se os que já tinha experienciado e qual a quantidade de stress que lhes tinha provocado;</p> <p>Cada cliente partilhou com os presentes alguns desses acontecimentos de vida e de que maneira a influenciou;</p> <p>Resumo da sessão.</p>
13/04/2012 às 20h30 com duração de 30 minutos	<p>“Técnica de relaxamento progressivo”</p> <p>Partilha de experiências entre os clientes sobre experiências anteriores de relaxamento;</p> <p>Explicação dos benefícios do relaxamento;</p> <p>Avaliação da pressão arterial e a frequência cardíaca a cada cliente;</p> <p>Explicação e exemplificação das diferentes fases do treino e exercícios a realizar;</p> <p>Treino do relaxamento progressivo com a leitura de um guião;</p> <p>Reavaliação da pressão arterial e da frequência cardíaca a cada cliente;</p> <p>Partilha por parte de cada uma das clientes de como se sentiu com a sessão;</p> <p>Resumo e avaliação da sessão.</p>
14/04/2012 às 14h00	<p>“Lidar com stress” – Parte 2</p>

<p>com duração de 60 minutos</p>	<p>Breve resumo da primeira parte da sessão;</p> <p>Como prevenir o stresse? – Apresentação de algumas estratégias de prevenção de stresse e discussão da sua adequação para o dia-a-dia das clientes. Promoção da reflexão das clientes sobre outras estratégias de prevenção do stresse;</p> <p>Como lidar eficazmente com o stresse? - Apresentação de algumas estratégias para lidar eficazmente com o stresse e discussão da sua adequação para o dia-a-dia das clientes. Promoção da reflexão das clientes sobre outras estratégias para lidar eficazmente com o stresse;</p> <p>Resumo da sessão.</p>
<p>14/04/2012 às 20h30 com duração de 30 minutos</p>	<p>“Treino de relaxamento progressivo”</p> <p>Partilha de experiências entre os clientes como decorreu a sessão anterior de relaxamento;</p> <p>Avaliar da pressão arterial e a frequência cardíaca;</p> <p>Explicação e exemplificação das diferentes fases do treino e exercícios a realizar;</p> <p>Treino do relaxamento progressivo com a leitura de um guião;</p> <p>Reavaliação da pressão arterial e da frequência cardíaca;</p> <p>Partilha por parte de cada uma das clientes de como se sentiu com a sessão;</p> <p>Resumo e avaliação da sessão.</p>
<p>15/04/2012 às 14h00 com duração de 60 minutos</p>	<p>“Compromisso e negociação”</p> <p>Resumo das sessões anteriores;</p> <p>Apresentação dos objetivos da sessão;</p> <p>Promoção do debate entre as clientes sobre aspetos positivos e negativos relacionados com a temática e registá-los num quadro;</p> <p>Resumo das ideias chave referidas pelas clientes e registadas num quadro;</p> <p>Solicitar a uma cliente para praticar a competência com o terapeuta usando o que foi aprendido durante a sessão, fazendo um role-play de umas das seguintes situações:</p> <p>Tu queres ir lanchar com um amigo a uma pastelaria. Mas o teu amigo não lhe apetece ir hoje à pastelaria;</p>

	<p>Tu e o teu amigo querem ir ver um filme. Tu queres ir ver um filme de ação e ele de comédia;</p> <p>Depois do jantar um amigo sugere ficar a ver televisão, mas a ti apetece-te ir à rua comer um gelado;</p> <p>Pretendes ir visitar um familiar no próximo fim-de-semana, mas eles já têm outros planos;</p> <p>Reflexão com os clientes sobre como decorreu o role-play (aspetos positivos e negativos presentes);</p> <p>Solicitar as outras clientes para dramatizarem a mesma situação em grupos de dois. Todas as clientes devem praticar pelo menos uma vez a competência. Usar outras situações sugeridas pelas clientes para praticar a competência;</p> <p>Reflexão com as clientes sobre como decorreram os role-play (aspetos positivos e negativos presentes);</p> <p>Resumo da sessão.</p>
<p>15/04/2012 às 20h30 com duração de 60 minutos</p>	<p>“Treino de relaxamento progressivo”</p> <p>Partilha de experiências entre os clientes como decorreram as sessões anteriores de relaxamento;</p> <p>Avaliar da pressão arterial e a frequência cardíaca;</p> <p>Explicação e exemplificação das diferentes fases do treino e exercícios a realizar;</p> <p>Treino do relaxamento progressivo com a leitura de um guião;</p> <p>Reavaliação da pressão arterial e da frequência cardíaca;</p> <p>Partilha por parte da cada uma das clientes de como se sentiu com a sessão;</p> <p>Resumo e avaliação da sessão.</p>
<p>16/04/2012 às 14h00 com duração de 90 minutos</p>	<p>“Expressar sentimentos desagradáveis” – Conclusão do grupo</p> <p>Resumo das sessões anteriores;</p> <p>Apresentar os objetivos da sessão;</p> <p>Promoção do debate entre as doentes sobre aspetos positivos e negativos relacionados com a temática e registá-los num quadro;</p> <p>Resumo das ideias chave referidas pelas doentes e registadas no quadro;</p>

	<p>Solicitar a uma doente para praticar a competência com o terapeuta usando o que foi aprendido durante a sessão, fazendo um role-play de uma situação em que a doente tenha tido sentimentos desagradáveis e não os tivesse conseguido expressado da melhor maneira;</p> <p>Reflexão com as clientes sobre como decorreu o role-play (aspetos positivos e negativos presentes);</p> <p>Solicitar as outras doentes para dramatizarem uma situação em que a tenham tido sentimentos desagradáveis e não os tivesse conseguido expressado da melhor maneira;</p> <p>Reflexão com as clientes sobre como decorreram os role-play (aspetos positivos e negativos presentes) e como se sentiram;</p> <p>Resumo da sessão;</p> <p>Reflexão com as clientes sobre a forma como decorreram as sessões (aspetos positivos e negativos; principais benefícios obtidos com a participação nas sessões);</p> <p>Entrega da escala HADS para posterior preenchimento e entrega ao terapeuta.</p>
--	---

ANEXO V

Proposta de norma interna sobre Aspectos legais, éticos e deontológicos relacionados com a privacidade e proteção da informação referente ao utente internado



3º Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental

**Aspetos legais, éticos e deontológicos
relacionados com a privacidade e proteção
da informação referente ao utente
internado – Uma proposta de norma
interna**

Ricardo Nuno Silva Rocha

Vera Lúcia Carvalho Leal

Leiria, Junho de 2012



3º Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental

**Aspetos legais, éticos e deontológicos
relacionados com a privacidade e proteção
da informação referente ao utente
internado – Uma proposta de norma
interna**

Ricardo Nuno Silva Rocha Aluno nº 5110342

Vera Lúcia Carvalho Leal, nº 5110354

Ensino Clínico em Enfermagem Saúde Mental III

Leiria, Junho de 2012

ÍNDICE

INTRODUÇÃO, 3

**1 - INFORMAÇÃO A CONSTAR NOS PROCESSOS QUANDO DOENTE SE
DESLOCA AO EXTERIOR DO SERVIÇO E CARTA DE ALTA, 4**

2 – DADOS ENGLOBALADOS NOS REGISTOS, 6

3 - TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÃO DO DOENTE, 10

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS, 12

INTRODUÇÃO

A manutenção da confidencialidade dos dados referentes à privacidade dos doentes e famílias que recorrem aos serviços de saúde é uma questão que, com a maior consciência que os indivíduos têm dos seus direitos, tem-se discutido com grande frequência.

Os processos de certificação da qualidade dos serviços de saúde implicam que aspectos relacionados com a salvaguarda dos dados referentes à privacidade do utente/família sejam tidos em conta na organização dos serviços de saúde.

Este documento, ao expor argumentos de natureza jurídica e deontológica acerca do que é a privacidade dos utentes e dos requisitos que os serviços de saúde devem ter em conta na salvaguarda destes dados, visa promover a reflexão de todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados no serviço de psiquiatria do Hospital de Santarém e apresentar algumas propostas de melhoria das actuais práticas.

1 - INFORMAÇÃO A CONSTAR NOS PROCESSOS QUANDO DOENTE SE DESLOCA AO EXTERIOR DO SERVIÇO E CARTA DE ALTA

A Convenção Europeia dos Direitos do Homem (artigo 8) refere que **o respeito pela vida privada** “é um dos direitos fundamentais protegidos pela ordem jurídica comunitária, que comporta o direito das pessoas manterem secreto o seu estado de saúde”

Assim, a **privacidade** compreende “aqueles actos que, não sendo secretos em si mesmos, devem subtrair-se à curiosidade pública por naturais razões de resguardo e melindre, como os sentimentos e afectos familiares, os costumes da vida e as vulgares práticas quotidianas, a vergonha da pobreza e as renúncias que ela impõe” (deliberação n.º 51/2001)

A **defesa da privacidade** passa por “evitar ou controlar a tomada de conhecimento ou a revelação de informação pessoal, isto é, daqueles factos, comunicações ou opiniões que se relacionam com o indivíduo e que é razoável esperar que ele encare como íntimos ou pelo menos como confidenciais e que, por isso, queira excluir ou, pelo menos, restringir a sua circulação”. (Pinto, P. - deliberação n.º 51/2001).

O **direito à intimidade da vida privada** analisa-se em dois direitos menores: o direito a impedir o acesso de estranhos a informação sobre a vida privada e familiar; o direito a que ninguém divulgue as informações que tenha sobre a vida privada e familiar de outrem. (Artº 80 do Código Civil)

A **circulação de informação** deverá obedecer a um princípio de «confidência necessária» em que serão determinantes para definir o "âmbito do segredo": o interesse do doente, a natureza da informação e os reflexos que a sua divulgação traz para a sua privacidade. (Deliberação n.º 51/2001)

Existe então a necessidade de, neste domínio, conferir relevo ao segredo profissional (segredo médico). A sua protecção assenta: em interesse particular (protecção da privacidade do doente) e em interesse geral e público (preservação de confidência necessária nas relações médico-doente). (deliberação n.º 51/2001).

Em saúde mental e psiquiátrica reconhece-se a importância de uma avaliação inicial o mais completa possível, com pormenores da vida pessoal, familiar e profissional que possam influenciar a saúde mental do doente. Mas é fundamental que esta informação esteja resguardada dos que não estejam envolvidos no processo terapêutico.

Proposta (Informação a constar nos processos quando doente se desloca ao exterior do serviço):

Em situações de exames complementar de diagnóstico ou tratamento fora do serviço, o processo clínico do doente não deve abandonar o serviço, sendo o doente acompanhado por uma carta elaborada pelo médico e enfermeiro do internamento, contendo a informação essencial ao tratamento ou exame. Esta informação deve ser clara e concisa, englobando a avaliação médica do doente actualizada, terapêutica actual e o plano de cuidados de enfermagem.

Proposta (Informação a constar na carta de alta):

A informação que deve ser transmitida deve a essencial à continuidade dos cuidados, ficando ao critério de quem redigiu a carta as informações a transmitir;

Só devem ser incluídas na carta de alta as informações sobre a vida pessoal, familiar e profissional que possam influenciar o cumprimento do regime terapêutico e que seja necessário reavaliar pelos profissionais de outras unidades;

Ponderar enviar a carta via enfermeiro de referência de saúde mental nos CSP;

Data da próxima consulta;

Medicação prescrita para o ambulatório;

Referência aos motivos do internamento;

Avaliação do doente no momento da alta com a informação clínica relevante para a continuidade dos cuidados;

Plano de cuidados de enfermagem do utente, englobando os diagnósticos e intervenções que requerem continuidade.

2 – DADOS ENGLOBALADOS NOS REGISTOS

Os **dados colhidos junto da doente/família** devem ser adequados, pertinentes e não excessivos relativamente às finalidades para que são recolhidos e posteriormente tratados; exatos e, se necessário, atualizados, devendo ser tomadas as medidas adequadas para assegurar que sejam apagados ou retificados os dados inexatos ou incompletos. (Artigo 5, lei nº67/98 de 26 de Outubro).

É importante ter em atenção um conjunto de medidas especiais de segurança (Artigo 14º, lei nº67/98):

Impedir o acesso de pessoa não autorizada às instalações utilizadas para o tratamento desses dados (**controlo da entrada nas instalações**);

Impedir que suportes de dados possam ser lidos, copiados, alterados ou retirados por pessoa não autorizada (**controlo dos suportes de dados**);

Impedir a introdução não autorizada, bem como a tomada de conhecimento, a alteração ou a eliminação não autorizadas de dados pessoais inseridos (**controlo da inserção**);

Impedir que sistemas de tratamento automatizados de dados possam ser utilizados por pessoas não autorizadas através de instalações de transmissão de dados (**controlo da utilização**);

Garantir que as pessoas autorizadas só possam ter acesso aos dados abrangidos pela autorização (**controlo de acesso**);

Garantir a verificação das entidades a quem possam ser transmitidos os dados pessoais através das instalações de transmissão de dados (**controlo da transmissão**);

Garantir que possa verificar-se a posteriori, em prazo adequado à natureza do tratamento, quais os dados pessoais introduzidos quando e por quem (**controlo da introdução**);

Impedir que, no momento da transmissão de dados pessoais, bem como no momento do transporte do suporte de dados, os dados possam ser lidos, copiados, alterados ou eliminados de forma não autorizada (**controlo do transporte**).

No que se refere ao tratamento de dados sensíveis (Artigo 7º, lei nº67/98):

1 — É proibido o tratamento de dados pessoais referentes a convicções filosóficas ou políticas, filiação partidária ou sindical, fé religiosa, vida privada e origem racial ou étnica, bem como o tratamento de dados relativos à saúde e à vida sexual, incluindo os dados genéticos.

2 – O tratamento dos dados referidos no ponto 1 é ainda permitido quando se verificar uma das seguintes condições:

a) Ser necessário para proteger interesses vitais do titular dos dados ou de uma outra pessoa e o titular dos dados estiver física ou legalmente incapaz de dar o seu consentimento;

b) Ser efetuado, com o consentimento do titular, por fundação, associação ou organismo sem fins lucrativos de carácter político, filosófico, religioso ou sindical, no âmbito das suas atividades legítimas, sob condição de o tratamento respeitar apenas aos membros desse organismo ou às pessoas que com ele mantenham contactos periódicos ligados às suas finalidades, e de os dados não serem comunicados a terceiros sem consentimento dos seus titulares;

c) Dizer respeito a dados manifestamente tornados públicos pelo seu titular, desde que se possa legitimamente deduzir das suas declarações o consentimento para o tratamento dos mesmos;

d) Ser necessário à declaração, exercício ou defesa de um direito em processo judicial e for efetuado exclusivamente com essa finalidade.

4 — O tratamento dos dados referentes à saúde e à vida sexual, incluindo os dados genéticos, é permitido quando for necessário para efeitos de medicina preventiva, de diagnóstico médico, de prestação de cuidados ou tratamentos médicos ou de gestão de serviços de saúde, desde que o tratamento desses dados seja efetuado por um profissional de saúde obrigado a sigilo ou por outra pessoa sujeita igualmente a segredo profissional

Os dados recolhidos devem-se então cingir aos estritamente necessários à prestação de cuidados ao utente/família, sendo a gestão dos dados exige várias medidas de controlo de acesso à informação.

Propostas (Que dados devem estar englobados nos registos):

O actual sistema de registo adoptado pelo HDS e a orgânica funcional do serviço de psiquiatria, respondem a várias das premissas de controlo de informação, nomeadamente pelo facto dos registos serem informáticos e com identificação por número mecanográfico de quem fez um registo e a que horas foi realizado;

Os registos realizados pelos profissionais devem englobar somente os dados fundamentais sobre a avaliação psicopatológica do doente, e omitir sempre descrição de factos ou juízos de valor sobre aspectos de vida da pessoa/família.

Deverá ser criada um suporte registo onde seja possível a todos os profissionais envolvidos no processo terapêutico registarem e consultarem a informação relevante sobre a evolução dos doentes, o processo único. Este suporte deverá ser paralelo aos suportes de registos previstos para cada classe profissional (SAM e SAPE), mas deve ser permitir a existência de uma senha de acceso que assegure a confidencialidade dos dados e limite o acesso de pessoas não envolvidas no processo terapêutico;

Nas situações em que o registo de pormenores da vida privada seja fundamental para a continuidade dos cuidados de uma determinado grupo profissional, deve ser criado um suporte de registo, de preferência informático e acessível somente aos profissionais interessados, que dê garantias da salvaguarda da privacidade dos dados colhidos. Poderá ser usado um suporte de registo semelhante ao suporte único.

Deve ser encontrada uma forma de arquivo dos registos realizados neste “processos paralelos”, que tendo em conta a manutenção da privacidade dos dados colhidos, não devem ser arquivados no processo geral. Uma solução pode passar pela eliminação destes registos quando o doente tiver alta, pelo profissional que os realizou ou por um assistente administrativo designado para essa tarefa.

3 - TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÃO DO DOENTE

A pessoa/família têm direito a aceder à sua informação clínica e os profissionais têm o dever de disponibilizar a informação pedida, tendo sempre em conta os direitos da pessoa internada e o dever de salvaguarda da privacidade do doente/família.

Segundo o código deontológico dos enfermeiros (Artigo 84º), os enfermeiros têm o dever de informar, tendo em conta que:

- Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem;
- Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.

A informação pedida deve ser disponibilizada, tendo sempre em atenção que é dever dos enfermeiros “partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos. (Código Deontológico dos enfermeiros, artigo 85º - Do Dever De Sigilo).

A questão da salvaguarda do sigilo sobre a informação referente à privacidade da doente/família é ainda mais pertinente na situação do pedido de informações via telefone. O telefone não permite identificar com quem estamos a falar, sendo fundamental equacionar a quem se transmite informação e que informação deve ser transmitida.

Proposta (transmissão de informação do doente):

Na admissão do doente, ao entregar o contrato terapêutico, o enfermeiro deve informar o doente que:

- ✓ Tem o direito de pedir que não quer que seja dada informação a(s) pessoa(s) que telefonem para o serviço;
- ✓ Tem o direito de não ser transmitido a terceiros que está internado.
- ✓ É importante também definir quais os procedimentos a ter em conta na transmissão de informação via telefone:

- ✓ Que informação pode ser transmitida via telefone;
- ✓ A quem pode ser transmitida;
- ✓ Como garantir que a informação não é transmitida às pessoas erradas;

No entanto, tendo em conta que pelo telefone é impossível confirmar a identidade da pessoa com quem se está a falar, é importante refletir se se deve dar informações sobre a pessoa internada, ou apenas disponibilizar dar essas informações pessoalmente num horário a combinar com os profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Código Deontológico dos enfermeiros, acessido a 28 de Abril 2012, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Carta dos direitos e deveres do doente, acessido a 20 Abril 2012, em <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/direitos+deveres/direitosdeveresdoente.htm>

Carta dos direitos e deveres do doente internado, acessido a 20 Abril 2012, em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>

Lei da proteção de dados pessoais (lei nº67/98), acessido a 20 de Abril 2012, em http://www.cnpd.pt/bin/legis/nacional/lei_6798.htm

Lei que regula o acesso aos documentos administrativos e sua reutilização (lei n.º 46/2007), acessido a 20 de Abril 2012 em <http://www.anacom.pt/render.jsp?contentId=951757>

Lei sobre o direito de acesso à informação da ARS Norte IP, acessido a 28 de Abril 2012, em <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAAdos/Documentos/Relat%C3%B3rio%20sobre%20Direito%20de%20Acesso%20%C3%A0%20Informa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Sa%C3%BAde/Relat%C3%B3rioFinal2.pdf>

DELIBERAÇÃO N.º 51/2001 do Tribunal Constitucional, acessido a 28 de Abril 2012, em <http://www.cnpd.pt/bin/decisoes/2001/htm/del/del051-01.htm>

ANEXO VI

Artigo de Investigação elaborado com as normas de publicação da revista portuguesa de enfermagem de saúde mental.

Titulo: Intervenção psicoeducativa na saúde mental dos cuidadores informais de idosos com dependência física.

Title: Physical dependent elderly informal caregivers mental health: psychoeducational intervention effectiveness

Autor: Ricardo Nuno Silva Rocha, Enfermeiro na USF Vale do Sorraia, Coruche.
rnsrocha@gmail.com

Resumo

A principal causa do início da prestação de cuidados informais é a dependência física do idoso. O assumir o papel de prestador Informal de cuidados, acarreta múltiplos fatores de risco decorrentes da situação de prestação de cuidados e das mudanças provocadas nas vidas dos cuidadores informais. Vários estudos apontam que estas pessoas, comparadas com a população em geral, possuem menores níveis de saúde física e mental. A elaboração de programas de intervenção psicoeducativos para os cuidadores informais capacita-os para melhor cuidar e melhor cuidarem-se.

Assim, o principal objetivo deste estudo é avaliar a eficácia de um programa psicoeducativo na melhoria da saúde mental dos cuidadores informais de idosos com dependência física.

Este estudo consiste num estudo de casos múltiplos, quase experimental, do tipo pré teste e pós teste sem grupo de controlo. A amostra compreende quatro cuidadores informais de idosos com dependência física há pelo menos 6 meses de forma contínua, os quais foram avaliados segundo os instrumentos: MHI (Mental Health Inventory), CADI (Carers Assessment of Difficulties Index) e o CAMI (Carers' Assessment of Managing Index). Ao grupo experimental foi aplicado um programa psicoeducativo 5 sessões, 4 em grupo e uma sessão final individual no domicílio dos cuidadores, baseado nos princípios propostos por Sequeira (2010) para o planeamento de intervenção desenvolvidas com os cuidadores informais.

Os resultados mostram que em dois casos houve melhoria do nível de saúde mental e noutros dois casos não houve alteração dos níveis de saúde mental. Com a realização deste trabalho não conseguimos provar a efetividade deste programa psicoeducativo, pois as limitações da metodologia adotada e da dimensão da amostra, não fundamentaram resultados mais efetivos, denotando, ainda assim, a boa aceitação do programa por parte das cuidadoras. Considera-se importante continuar a desenvolver estudos que testem intervenções, de preferência já utilizados com sucesso noutros países, dirigidas aos cuidadores. Este programa carece de ser testado noutro ambiente e com uma amostra significativamente maior.

Palavras-chave: Programa de intervenção, Saúde Mental, Cuidadores informais, dependência física.

ABSTRACT

The main cause to the commencement of providing the informal care is the elderly physical dependence. Assuming the informal care role entails multiple risk factors arising from the care situation and the changes brought in their lives. Several studies indicate that caregivers, compared to general population, have lower levels of physical and mental health. The psychoeducational intervention program empowers them to better care and better care for themselves.

This study main objective is to evaluate the effectiveness of a psychoeducational program in improving the mental health of elderly with physical dependence caregivers. This study consists on a multiple case study, quasi-experimental, pre-test and post-test without control group type. The sample comprises four (4) elderly with physical dependence informal caregivers for at least six months continuously, which is assessed by the instruments: MHI (Mental Health Inventory), CADI (Carers Assessment of Difficulties Index) and CAMI (Carers' Assessment of Managing Index). To the experimental group was applied a five sessions psychoeducational program, four in group and an individual final session in caregivers homes, based on the informal caregivers planning intervention principles proposed by Sequeira (2010)

The results show that, in two cases there was significant improvement in the mental health level and in another two cases there was no significant change in mental health levels. We were unable to prove the effectiveness of this psychoeducational program with this work, because methodology limitations and size sample, did not substantiate more effective results, denoting still high acceptance of the program by the caregivers. It's considered important to continue developing studies, aimed at caregivers, which test interventions, preferably already used successfully in other countries. This program needs to be tested in another environment with a significantly larger sample.

Key-words: Mental Health, Caregivers, Frail Elderly, Intervention program.

FUNDAMENTAÇÃO DO ESTUDO

O envelhecimento populacional é uma das principais preocupações das sociedades ocidentais. Em Portugal, nos últimos 40 anos, a população idosa (com mais de 65 anos) duplicou, representando atualmente cerca de 16,7% da população total. De acordo com as projeções atuais, em 2050 anos este grupo populacional representará 32% da população do país (INE, 2007, referido por Sequeira, 2010).

A dependência é vista como “a necessidade de ajuda ou assistência importante para as atividades de vida diária” ou, mais concretamente, como “um estado em que se encontram as pessoas que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de assistência e/ou ajudas importantes a fim de realizar os atos correntes da vida diária e, de modo particular, os referentes ao cuidado pessoal” (Conselho da Europa, 1998 citado em Figueiredo, 2007, p. 36).

Tradicionalmente a família tem sido considerada como o principal apoio aos idosos dependentes por toda a Europa e EUA, sendo responsável por 80% da assistência proporcionada a estes indivíduos. (Fonseca, 2010).

Os cuidados prestados pela família são vulgarmente referidos como cuidados informais. Estes cuidados são normalmente assegurados por uma única pessoa sem preparação ou remuneração, sendo que esta responsabilidade raramente é partilhada. Cuidador informal (CI) é “cuidador informal a pessoa, familiar ou amiga, não remunerada que se assume como principal responsável pela assistência e prestação de cuidados (Braithwaith, 2000, citado em Pereira, 2011, p. 82)

Vários estudos apontam que os CI referem elevados níveis de sobrecarga (Loureiro, 2009; Pereira, 2011; Ricarte, 2009), sendo que níveis elevados de sobrecarga estão relacionados com maiores níveis de sintomatologia depressiva e com pior saúde mental (André, Nunes, Martins e Rodrigues, 2013; Fonseca, 2010; Pereira, 2011). Outros estudos concluem que os CI percecionam o seu estado de saúde como fraco (Figueiredo, 2007), referindo não se sentirem saudáveis mental e fisicamente (Ocampo et al. 2007).

Lage (2007) refere que os cuidadores apresentavam níveis de morbilidade consideravelmente aumentados quando comparados com os não cuidadores, o que pode querer significar que constituem pessoas de risco no que se reporta ao seu bem-estar psicológico, à sua saúde e qualidade de vida. Brito (2000) refere que é sobretudo

na área da saúde mental que os efeitos da prestação informal de cuidados mais se fazem sentir.

Por outro lado é referido que os CI conseguem identificar impactos positivos da experiência de cuidar (Oliveira, 2009; Ricarte, 2009) e que essa percepção atenua a sobrecarga física, emocional e social (Pereira, 2011). Lage (2007) refere que os recursos pessoais do cuidador tem um papel preponderante na percepção positiva da experiência de cuidar.

Intervenções psicoeducacionais a cuidadores informais

Vários estudos apontam a necessidade de desenvolver programas adaptados às necessidades e percepções dos cuidadores, ajudando-os a identificar as causas do seu stresse e a desenvolver e a otimizar estratégias de *coping* eficazes à situação de cuidado. Desta forma, contribui-se para melhorar o estado emocional dos cuidadores, e, conseqüentemente, das pessoas cuidadas (Barbosa, 2009; Figueiredo, 2007; López e Crespo, 2008).

Donorfio, Vetter e Vracevic (2010), numa meta-análise, concluem que o formato da intervenção do grupo de apoio ao cuidador é a intervenção mais comumente utilizada. Refere também que intervenções baseadas no ensino aos cuidadores de habilidades para a gestão de stresse e gestão de comportamentos problemáticos, diminuem os níveis de depressão e stresse entre os cuidadores.

Baltar, Cerrato, Trocadiz e Gonzales (2005) referem que as intervenções psicoeducativas de formato grupal proporcionam aos participantes a oportunidade de aprender novas formas de intervenção, através da prática de estratégias e técnicas planeadas por especialistas e das sugestões dadas por outros cuidadores, baseadas na sua experiência prévia, sendo estes momentos de partilha uma das fontes de ajuda mais importantes para os cuidadores.

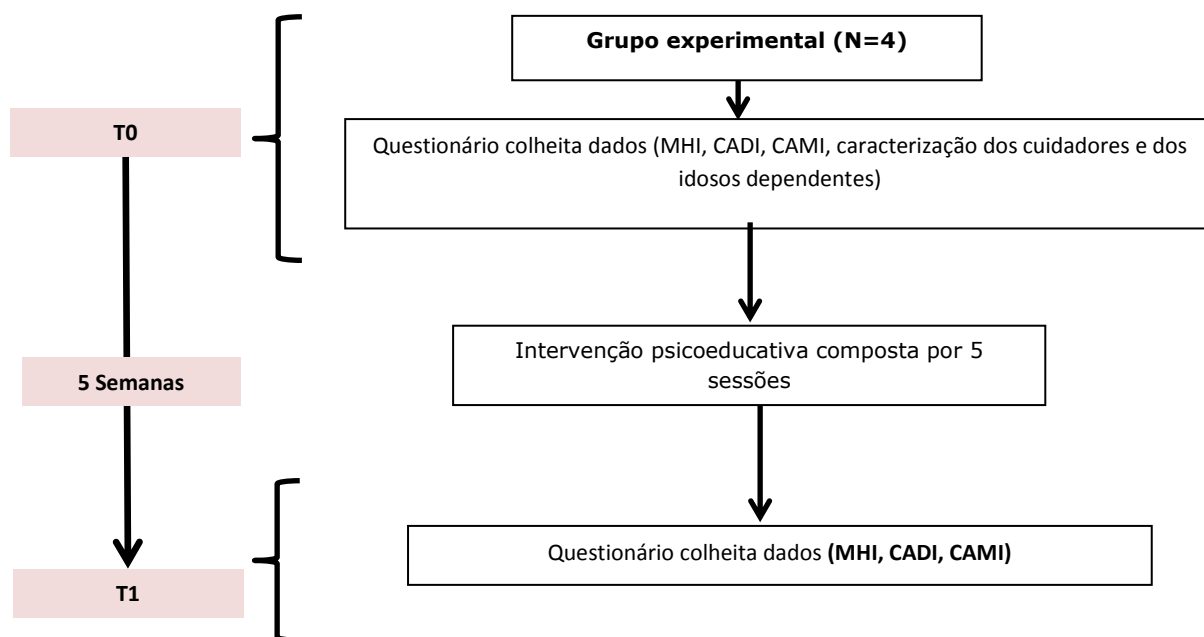
Os estudos mais recentes sobre a eficácia de intervenções em CI de idosos dependentes sugerem que as intervenções centradas na aprendizagem e desenvolvimento de habilidades para lidar com o stresse, diminuem o stresse percebido pelos CI e o grau de sofrimento emocional (depressão, ansiedade e raiva), aumentam o bem-estar geral dos CI e têm um impacto positivo sobre os idosos cuidados (Sorensen, Pinquart e Duberstain, 2002)

Assim, foi desenvolvido um programa psicoeducativo baseado nos princípios do modelo transacional de Pearlin et al. (1990) e nos princípios propostos por Sequeira (2010) para o planeamento de intervenção desenvolvidas com os cuidadores informais. A gestão das dinâmicas de funcionamento do grupo foi efetuada tendo em conta os princípios da gestão de grupo propostos por Yalon (2006).

METODOLOGIA

O tipo de estudo utilizado para este trabalho é um estudo de casos múltiplos, quase experimental, do tipo pré teste e pós teste sem grupo de controlo (Fortin, 2003), em que se faz uma análise descritiva e comparativa dos resultados obtidos antes e após uma intervenção para cada elemento da amostra. O desenho de investigação é apresentado de forma esquematizada na figura 1.

FIGURA 1: Desenho de investigação



Os objetivos deste estudo foram: monitorizar os níveis de saúde mental dos cuidadores informais de idosos com dependência física; identificar o tipo de dificuldades mais frequentes associadas à situação de prestação informal de cuidados e as estratégias de coping utilizadas dos cuidadores de idosos com dependência física; e avaliar a eficácia de um programa psicoeducativo na melhoria do nível de saúde mental dos cuidadores informais de idosos com dependência física.

O estudo partiu da seguinte interrogação: Qual é o impacto de uma intervenção psicoeducativa no nível de saúde mental, na percepção de dificuldades e nas estratégias de coping usadas, dos prestadores informais de cuidados de idosos com dependência física residentes no concelho de Coruche?

A população do estudo foi constituída pelos cuidadores informais de idosos com dependência residentes do concelho de Coruche. No que diz respeito à seleção da amostra, esta realizou-se de forma não probabilística/intencional, tendo sido constituída por 4 cuidadoras de idosos com dependência física há pelo menos 6 meses de forma contínua, residentes no concelho de Coruche, que saibam ler e escrever.

A colheita de dados foi desenvolvida com recurso a um questionário composto por: um questionário geral, que contém questões que visavam identificar o perfil sócio demográfico do cuidador informal e do idoso dependente; a *escala de Barthel* para avaliação do nível de dependência do idoso; o Inventário de Saúde mental (MHI) de Ribeiro (2011) para avaliar os níveis de saúde mental; o CADI (*Carers Assessment of Difficulties Index*) de Brito (2000) de para avaliar as dificuldades percecionadas; e o CAMI (*Carers' Assessment of Managing Index*) de Brito (2000) para avaliar as estratégias de coping utilizadas.

A autorização da utilização das escalas de avaliação foi solicitada aos autores que as validaram para a população Portuguesa. Foi realizado um pedido oficial de autorização ao Conselho de Ética da ARSLVT para a realização do estudo.

No contato que se estabeleceu com os cuidadores informais que constituíam a população deste estudo foi esclarecido a finalidade e os objetivos do estudo, pedindo-se a sua colaboração para realização do mesmo. Aos cuidadores que aceitaram participar no estudo foram apresentadas todas as informações solicitadas e que se consideram pertinentes para o seu consentimento livre e esclarecido. Foi entregue anexado ao questionário, um consentimento informado onde se apresentam: os objetivos e etapas do estudo, o investigador envolvido, a garantia do respeito pela vontade dos cuidadores em participar no estudo qualquer que seja a fase em que se encontre, a garantia do direito à confidencialidade das suas respostas e dados pessoais e de estes servirem apenas para a realização do estudo.

Programa de intervenção

A intervenção decorreu ao longo de 5 sessões semanais, realizadas entre os dias 12 de Junho e 10 de Julho, com a duração de 90 minutos cada. As primeiras quatro sessões são em grupo e a última sessão é individual, de preferência realizada no domicílio do cuidador. Em todas as sessões de grupo estiveram presentes o terapeuta e o coterapeuta (EESM tutor do ensino clínico), sendo que na sessão individual apenas esteve presente o terapeuta.

QUADRO 9 – Programa da intervenção psicoeducativa

SESSÃO	TEMA	ATIVIDADES/METODOLOGIA
Sessão 0	Apresentação do programa	Apresentação oral dos objetivos da intervenção psicoeducativa e dos conteúdos a serem abordados.
		Dinâmica “A teia”: Sentados em círculo, cada cuidador apresenta-se e escolhe qual o próximo a apresentar-se.
		Apresentação oral, com participação ativa dos cuidadores, sobre “o que é ser cuidador: características, consequências positivas e negativas e sentimentos despertados por essas consequências.
Sessão 1	Identificar causas de stresse individual	Partilha de experiências e expressão de sentimentos Dificuldades identificadas pelos cuidadores no CADI; Execução de relaxamento progressivo de Jakobson de acordo com guião predefinido.
Sessão 2	Reduzir causas de stresse individual	Partilha de experiências e expressão de sentimentos Promoção da reflexão individual sobre como é que cada cuidadora cuida de si (recurso a técnica psicoterapêutica); Estratégias de coping usadas pelos cuidadores identificadas no CAMI;
Sessão 3	Aprender com nossas emoções	Partilha de experiências e expressão de sentimentos Potenciais fontes de satisfação do cuidar de pessoas com dependência física; Valorização das fontes de satisfação como forma de minimizar as dificuldades.
Sessão 4	Conclusão do grupo	Sessão individual, de preferência realizada no domicílio da pessoa; Partilha de experiências e opiniões acerca da intervenção, com expressão de sentimentos, e consequente feedback, tanto das participantes como dos terapeutas.

Na última sessão individual o terapeuta deixou para preenchimento o instrumento de colheita de dados. Passada uma semana estes instrumentos foram recolhidos também nos domicílios dos cuidadores.

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Caraterização da amostra

Caso A

A Sra. A. tem 61 anos de idade, tem 4 ano de escolaridade, é costureira de profissão e trabalha por conta própria. Vive na mesma casa da pessoa de quem cuida, o marido, de quem é a principal cuidadora há 3 anos, devido a uma doença demencial. É a primeira vez que presta cuidados a uma pessoa dependente. Recebe apoio da família para a mobilização e para os cuidados de higiene. A principal razão para assumir o papel de cuidadora informal está relacionado com valores morais e religiosos, referindo que tinha uma boa relação com o marido antes de este ficar dependente. Nos últimos seis meses refere que recorreu ao médico de família, devido a cansaço físico e psicológico, estando atualmente a tomar medicação tranquilizante ou antidepressiva. Identifica a sua filha como a sua principal confidente e quando tem dúvidas sobre os cuidados a prestar ao marido procura os cuidados de enfermagem da USF local. Classifica o seu grau de satisfação com a situação de prestação de cuidados em 10, numa escala de 0 a 10.

Quando o questionário pré-intervenção foi aplicado, o marido desta cuidadora tinha sido internado há um mês numa unidade de cuidados continuados para descanso do cuidador, tendo regressado ao domicílio poucos dias antes da última sessão.

A Sra. A. faltou à primeira sessão por motivos pessoais, tendo participado em todas as outras sessões. Inicialmente, tendo em conta que as restantes cuidadoras já tinham estado juntas na primeira sessão, a adaptação não foi simples, tendo-se apresentado triste, com postura retraída e manuseamentos, sem alterações do humor, linguagem, pensamento, perceção, memória ou funções vitais. Com o decorrer das sessões apresentou-se mais alegre, postura expansiva, interação fácil com as outras cuidadoras, tendo conseguido fazer uma análise bastante profunda da sua situação e da forma como cuida de si. Na última sessão em grupo referia-se preparada para enfrentar o regresso do marido e conseguia fazer planos sobre a forma de enfrentar as dificuldades que esperava encontrar.

Na última sessão foi difícil promover a reflexão da Sra. A. devido à presença do marido e a algumas alterações do seu comportamento. Revelou que as alterações de comportamento do marido e a necessidade de vigilância quase constante lhe dificultam muito a sua vida profissional. Referiu também muitas preocupações com

problemas financeiros da família e que foram esses problemas a principal causa para pedir o internamento do marido para descanso do cuidador. Refere também uma grande satisfação pelo reconhecimento por parte dos cuidadores formais da qualidade dos cuidados que presta ao marido.

Revelou também que as principais aprendizagens proporcionadas pela participação no grupo psicoeducativo foram a necessidade de cuidar de si e a aprendizagem de novas estratégias de *coping*. Referiu também que os momentos em que participava no grupo eram momentos exclusivamente para ela em que podia desligar-se das suas preocupações do dia-a-dia.

Caso B

Esta cuidadora tem 58 anos de idade, tem o nono ano de escolaridade e cuida do marido há 11 meses. Está atualmente desempregada e refere que a prestação informal de cuidados ocupa as 24 horas do dia. Não é a primeira vez que cuida de uma pessoa dependente, referindo ter formação de auxiliar de ação médica, mas atualmente não tem outras pessoas a seu cargo. Não tem ajuda da família, nem de instituições para cuidar do marido. Refere que assumiu a responsabilidade de cuidar do marido porque não tem recursos para o colocar numa instituição. Classifica como boa a sua relação com o marido antes de ele ficar dependente, devido a processo demencial decorrente de complicações de cirrose hepática. Não refere doenças que lhe dificultem a prestação de cuidados, nem ter consultado um médico nos últimos seis meses e não toma medicação tranquilizante ou antidepressiva. A sua confidente é uma vizinha e quando tem dúvidas sobre a prestação de cuidados entra em contacto com a médica que acompanha o marido no hospital de Santarém. Não referiu grau de satisfação quanto à situação de prestação de cuidados.

Participou nas duas primeiras sessões e na sessão individual final. Nas sessões em grupo apresentou-se com higiene e vestuário cuidado, alegre, postura expansiva, interação fácil com as outras cuidadoras e sem alterações do humor, linguagem, pensamento, perceção, memória ou funções vitais. Foi sempre muito comunicativa, mostrando necessidade de revelar muitos pormenores sobre: as dificuldades que a prestação de cuidados ao marido acarreta e a forma como as consegue resolver; a satisfação com a sua capacidade de auto eficiência para a resolução dos problemas; e o sofrimento físico e psicológico que o prolongar da situação do marido lhe provoca. Na última sessão, que decorreu no centro de saúde a pedido da cliente, justificou a sua ausência das outras sessões com o agravamento do estado geral do marido.

Apresentou alguns manuseamentos e labilidade emocional face ao acréscimo de exigência dos cuidados a prestar ao marido, tendo revelado uma grande mágoa sobre os hábitos alcoólicos do marido e sobre os maus tratos físicos e psicológicos que durante anos recebeu. Descreveu também episódios de lucidez do marido e das tentativas deste para pedir perdão por todo o sofrimento que lhe causou e que está a causar. Identificou como principais benefícios da participação no programa o reconhecimento que existe outros cuidadores em situações de sobrecarga elevadas e que isso foi importante para aliviar também o seu sofrimento. Referiu também que se sentia bem nas sessões e que foram um ponto de apoio importante.

Caso C

Esta cuidadora tem 49 anos de idade, quarto ano de escolaridade, é casada e atualmente desempregada. Cuida do pai e da mãe há 5 anos, que atualmente residem na casa da cuidadora, e refere que cuida dos pais 24 horas por dia. Não é a primeira vez que cuida de pessoas com dependência física. Recebe apoio domiciliário para cuidados de higiene da Santa Casa da Misericórdia de Coruche, não recebendo apoio de familiares. Assumiu a responsabilidade da prestação de cuidados aos pais por não ter recursos para os colocar numa instituição. É o pai que necessita de mais cuidados, devido a sequelas de um AVC. Refere uma boa relação com ambos os pais antes de estes terem ficado dependentes. Aponta uma depressão major como doença que influencia a prestação de cuidados, o motivo de ter consultado um médico nos últimos seis meses e da necessidade de tomar medicação tranquilizante e antidepressiva.

Participou nas duas primeiras sessões e na sessão individual final. Nas duas primeiras sessões apresentou idade real, higiene e vestuário cuidado, postura retraída, expressão triste, a olhar para o chão, mas aparentemente com atenção ao que estava a ser partilhado pelas outras cuidadoras. Não apresentou alterações do humor, linguagem, pensamento, perceção, memória ou funções vitais. A sua participação foi sempre reduzida e versando sobretudo os conflitos familiares com as irmãs, provocados pela discussão da responsabilidade da prestação de cuidados aos pais. O início do programa coincidiu com o início de uma atividade em part-time que lhe traz bastante prazer e reconhecimento. Na reunião final, também por ser uma sessão individual, apresentou-se mais participativa, alegre e postura menos retraída; referiu-se melhorada da sua saúde mental e mais descentrada dos conflitos familiares, falando abertamente de vários problemas do seu dia-a-dia e referindo-se feliz pela evolução do seu part-time. Identificou como mais-valias da participação no programa

Caso D

Esta cuidadora tem 59 anos de idade, é casada, reformada e cuida da mãe há 8 anos. Vive na casa da mãe, e refere que prestação de cuidados lhe ocupa 4 horas diárias. Refere que tem apoio da família para mudar as fraldas e que recebe também apoio de uma equipa de cuidados domiciliários da Santa Casa Misericórdia de Coruche para os cuidados de higiene. Assumiu a responsabilidade dos cuidados à mãe por obrigação familiar e para evitar a sua institucionalização. Classifica a sua relação com a mãe antes de esta ficar dependente, devido a doença demencial, como boa. Não refere doenças que lhe dificultem a prestação de cuidados, nem ter consultado um médico nos últimos 6 meses, embora tome diariamente um tranquilizante. Não consegue apontar um confidente e as suas dúvidas sobre os cuidados a prestar à mãe são esclarecidas com as auxiliares da equipa de cuidados domiciliários e com os enfermeiros da USF. Classifica o seu grau de satisfação com a situação de prestação de cuidados em 9, numa escala de 0 a 10.

Participou em todas as sessões, apresentou-se com motricidade livre, fâcies expressivo, mas com uma postura um pouco tensa, sem alterações do humor, linguagem, pensamento, percepção, memória ou funções vitais; idade real, higiene e vestuário cuidado. Nas duas primeiras sessões não participou muito, adotando uma postura mais de escuta. Na terceira e quarta sessão conseguiu falar abertamente sobre si, sobre a sua situação, referindo uma grande satisfação pelo reconhecimento da sua competência enquanto cuidadora e do facto de achar que sua mãe está muito bem cuidada. Refletiu também sobre como podia cuidar melhor de si e como melhorar as suas relações familiares, que considera que têm ficado um pouco para segundo plano, tendo em conta as múltiplas tarefas do seu dia-a-dia. A última sessão foi realizada 4 dias antes das sessões realizadas com as outras cuidadoras, porque tinha férias programadas. O facto de ir de férias foi reconhecido pela cuidadora como gerador de stresse, pois: sentia a necessidade de encontrar uma pessoa que cuida-se da mãe com a qualidade que necessária: necessitava de deixar tudo organizado; e preocupava-a a falta da rotina centrada nos cuidados à mãe. A principal aprendizagem proporcionada pelo programa foi a compreensão da necessidade de cuidar melhor dela própria. Identificou também um aumento do auto-conhecimento, reconhecendo que situações que saem fora da sua rotina habitual e que não consegue controlar lhe provocam alguma ansiedade.

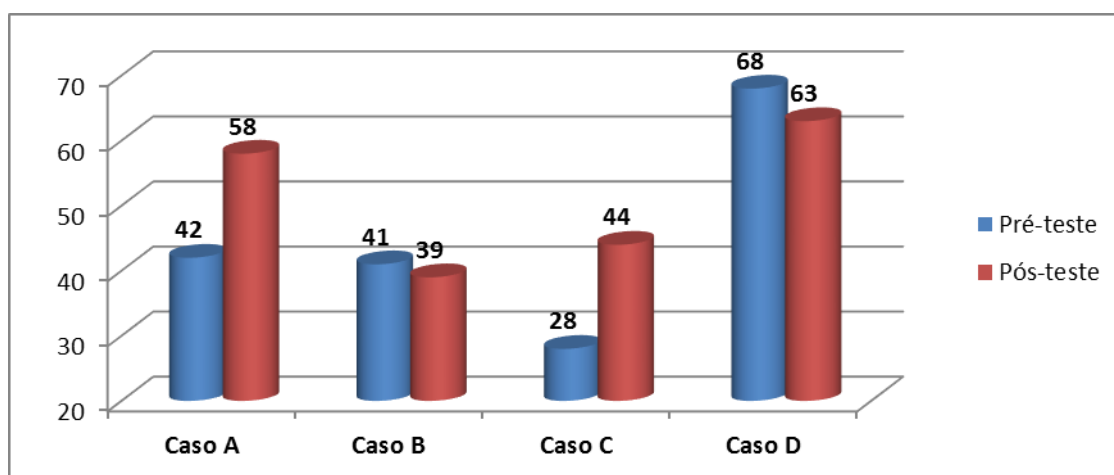
Análise do MHI

Analisando o gráfico 1 podemos constatar que 3 das cuidadoras apresentavam no pré-teste níveis de saúde mental abaixo do ponto de corte de 52, significando que apresentavam sintomas graves de sofrimento mental. Apenas uma cuidadora apresentava um valor correspondente a boa saúde mental (Caso D). No pós-teste vemos que 2 cuidadoras mantêm-se abaixo do ponto de corte 52 (Caso B e Caso C), uma cuidadora aumentou o seu nível de saúde mental para um valor condicente com sintomas moderados de sofrimento mental (Caso A) e uma cuidadora mantêm-se com boa saúde mental (Caso D).

Comparando os resultados individuais no pré e pós-teste, concluímos que 2 cuidadoras melhoraram significativamente o seu nível de saúde mental, no Caso A (+16 pontos) e no Caso C (+16 pontos), e as outras duas cuidadoras baixaram ligeiramente o seu nível de saúde mental (Caso B e Caso D).

Estes resultados corroboram os dados existentes na literatura, que apontam os CI como uma população com elevado sofrimento mental.

Gráfico 1 – Resultados da aplicação do Inventário de Saúde Mental no pré e pós-teste



Perante os resultados relativos ao nível de saúde mental no pré e pós-teste, foram formulados diagnósticos de enfermagem com base na CIPE® versão β2 que facilitaram tanto o desenvolvimento da intervenção, como a avaliação do seu impacto e que poderão ser consultados no quadro 11.

No entanto, na CIPE® versão β2 não existe um foco que se refira especificamente à saúde mental. Partindo da definição de saúde mental já apresentada neste relatório, entendeu-se que o foco que melhor se adequava seria “bem-estar psicológico”. De

forma a parametrizar os scores encontrados no MHI em diagnósticos de enfermagem, foram estabelecidos os seguintes critérios: score >60 – bem-estar psicológico não alterado; score entre 53 e 59 - bem-estar psicológico alterado, em grau reduzido; score entre 45 e 52 - bem-estar psicológico alterado, em grau moderado; score entre 35 e 44 - bem-estar psicológico alterado, em grau elevado; e score <34 - bem-estar psicológico alterado, em grau muito elevado.

Analisando o quadro 11, observa-se uma melhoria do status nos casos A e C, e manutenção dos status nos casos B e C, sendo que apenas o caso D apresenta este foco com status não comprometido.

QUADRO 1 – Comparação entre os diagnósticos de enfermagem (CIPE® - versão β2) – Bem-estar psicológico, no pré e pós-teste por caso.

	Pré-teste	Pós-teste
Caso A	Bem-estar psicológico comprometido, em grau elevado	Bem-estar psicológico comprometido, em grau reduzido
Caso B	Bem-estar psicológico comprometido, em grau elevado	Bem-estar psicológico comprometido, em grau elevado
Caso C	Bem-estar psicológico comprometido, em grau muito elevado	Bem-estar psicológico comprometido, em grau elevado
Caso D	Bem-estar psicológico não comprometido	Bem-estar psicológico não comprometido

Análise CADI

A análise dos resultados do CADI no pré-teste apontam que as dificuldades percebidas eram maiores no caso B e C. No pós-teste, houve decréscimo significativo apenas no caso B, as restantes CI mantiveram scores semelhantes.

Os resultados das subescalas apontam no **caso A** uma elevada percepção das “exigências físicas do cuidar” e das “consequências financeiras” no pré-teste, no pós-teste observa-se uma redução sobretudo na subescala “exigências físicas do cuidar”. No **caso B** observa-se no pré-teste uma elevada percepção das dificuldades em todas as subescalas. No pós-teste mantém-se a percepção das dificuldades em todas as subescalas exceto na subescala “relacionamento cuidador/pessoas dependente” em que se observa uma melhoria da percepção das dificuldades. No **caso C** no pré-teste

constata-se uma percepção elevada das dificuldades nas subescalas “exigências físicas do cuidar”, “restrições vida social” e “consequências financeiras”. No pós-teste observa-se um aumento das dificuldades relacionadas com o “deficit o apoio familiar” e uma diminuição das “consequências financeiras”, as restantes subescalas mantiveram scores semelhantes”. No **caso D** observa-se uma baixa percepção de dificuldades em todas as subescalas no pré e pós-teste.

Analisando os resultados do CAMI constata-se uma elevada utilização e percepção de eficiência nas estratégias de *coping* usadas no pré-teste e que se manteve no pós-teste em todas as cuidadoras exceto no caso C. No caso C no pós-teste observa-se uma melhoria significativa das estratégias de coping usadas e na percepção de eficiência dessas estratégias.

Analisando os resultados nas subescalas, no caso A, B e D observa-se um domínio da utilização e percepção de elevada eficácia de estratégias de coping relacionadas com “lidar com acontecimentos/resolução de percepções” e “lidar com os significados/percepções” no pré e pós-teste. No caso C, no pós-teste, ocorreu um aumento da utilização e percepção de eficiência de estratégias de coping desses domínios, mas em valores ainda inferiores aos apresentados pelas outras cuidadoras. De salientar que todos os casos apresentam baixa utilização de estratégias de coping relacionadas com “lidar com o stress” no pré e pós-teste.

É comumente aceite que determinadas estratégias de coping são mais eficazes para determinadas dificuldades decorrentes do processo de cuidar e que pessoas que consigam mobilizar um vasto leque de estratégias de coping apresentam menores índices de stress (Nolan, Grant e Keady, 1998). É a conjugação entre as dificuldades percecionadas e a efetividade das estratégias de coping que se procurou apurar com o CADI e o CAMI.

Tentou-se então traduzir os resultados desta avaliação em diagnósticos de enfermagem utilizando a linguagem classificada. Considerou-se que o foco “stress do prestador de cuidados” seria o indicado, sendo que a atribuição do juízo seria decorrente das respostas ao CADI e ao CAMI e da avaliação feita pelo terapeuta de toda a situação de cada uma das cuidadoras. Os diagnósticos identificados para este foco no pré e pós-teste são apresentados no quadro 14.

Analisando o quadro 14 observa-se a melhoria do status no caso A e caso C, os restantes casos mantêm no pós-teste o status do pré-teste. A cuidadora D é a única com stress do cuidador não aumentado.

QUADRO 2 – Comparação entre os diagnósticos de enfermagem (CIPE® - versão beta 2) – Stress do cuidador, no pré e pós-teste por caso

	Pré-teste	Pós-teste
Caso A	Stress do cuidador aumentado, em grau moderado	Stress do cuidador aumentado, em grau reduzido
Caso B	Stress do cuidador aumentado, em grau elevado	Stress do cuidador aumentado, em grau elevado
Caso C	Stress do cuidador aumentado, em grau elevado	Stress do cuidador aumentado, em grau moderado
Caso D	Stress do cuidador não aumentado	Stress do cuidador não aumentado

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Silva (2009) refere que os programas formais (exemplo do internamento para descanso do cuidador) têm como objetivo principal aliviar ou diminuir a sobrecarga provocada pela prestação de cuidados à pessoa dependente, para que esta possa permanecer pelo maior período de tempo possível na comunidade. Vários autores relacionam a melhoria da saúde mental e a diminuição da sobrecarga com a participação em programas de descanso, sendo que essas melhorias são sempre inferiores às proporcionadas pelos programas psicoeducativos (Baltar et al. 2005; Sorensen, Pinguart e Duberstain, 2002). Já Martinez (2005) refere que salvo raras exceções estes programas geralmente não conseguem reduzir significativamente o sofrimento emocional dos cuidadores, pois fornecem apenas um tempo de descanso para os cuidadores que representa um adiamento dos problemas que os CI já têm. Posto isto, não se pode concluir que as melhorias nos níveis de saúde no caso A tenham sido provocados exclusivamente pela participação no programa psicoeducativo.

Segundo Zarit e Leitsch (referido em Silva, 2009) nas situações específicas dos cuidadores informais de pessoas com demência, dada a escassa possibilidade de mudar o curso da doença, não é razoável esperar que deste tipo de intervenções resultem mudanças drásticas ao nível dos cuidadores. Também Stephens, Franks, & Townsend (1994) referido em Lopes e Cachioni (2013) aborda as flutuações frequentes, por vezes diárias, da condição do idoso com demência e o percepção de sobrecarga associado ao cuidado, que provoca no CI os mais variados sentimentos positivos e negativos, intercalando momentos de equilíbrio e crise. Sorensen Pinguart

e Duberstein (2002) referem que nestas situações, dadas as exigências físicas e emocionais, as intervenções para cuidadores podem não contribuir para a diminuição dos sintomas depressivos. Assim, o agravamento do estado de saúde do marido pode ser apontado como justificação para a manutenção dos níveis de saúde mental no caso B.

No caso C a melhoria dos níveis de saúde mental podem estar relacionados com o facto de a cuidadora ter encontrado uma atividade que lhe dá bastante prazer e satisfação, pois segundo Andrade (2009) os participação em atos recreativos são dos fatores que aliviam a tarefa de cuidar. Rocha (2013) refere que as estratégias de coping centradas no cuidador são as mais eficazes na gestão da intensidade de estresse total e no stresse relacionado com o relacionado com a vida familiar e prestação de cuidados. Por estes motivos não se consegue justificar a evolução dos níveis de saúde mental apenas com a intervenção psicoeducativa.

Os elevados níveis de saúde mental no caso D podem-se explicar pela elevada gratificação e o sentido de competência revelado ao longo das sessões. Lawton, Moss, Hoffman e Perkinson (2000) referido em Lopes e Cachioni (2013), sugerem que o impacto do cuidado muda ao longo do tempo, pois há um processo de adaptação à situação do cuidado, ou seja, o senso de ônus e estresse são altos no início, mas posteriormente diminuem, à medida que o cuidador torna-se mais competente para realizar as tarefas de cuidar e estabelece novos patamares de equilíbrio para si próprio. Por outro lado, Sequeira (2010) refere que há uma correlação positiva muito elevada entre a utilização de estratégias de coping de forma eficaz e elevados níveis de satisfação, sendo provavelmente o que acontece no caso D. As fontes de satisfação na prestação de cuidados estão associadas ao enriquecimento da relação de cuidados, ao incremento do bem-estar do cuidador, coping eficaz e reduzida institucionalização do idoso (Figueiredo, 2007; Saraiva, 2008).

Apreciação global do programa

Segundo Sequeira (2010b) ser cuidador informal é um processo individual complexo, para o qual contribuem múltiplos fatores de stresse provenientes de diferentes contextos, que podem influenciar em maior ou menor intensidade a saúde mental dos cuidadores, mediante a eficácia das estratégias de coping mobilizadas. Posto isto, e tendo em conta a reduzida dimensão da amostra e a ausência de um grupo de controlo, a análise da influência desta intervenção nos níveis de saúde mental das cuidadoras assumiu-se como um processo complexo.

Sorensen, Pinquart e Duberstein (2002) referem que um programa de 7 a 9 sessões é adequado para melhorar habilidades e conhecimentos dos cuidadores, mas pode ser insuficiente para reduzir os níveis de depressão. No entanto, o facto deste trabalho ter sido desenvolvido em meio académico durante um ensino clínico trouxe uma grande limitação de tempo para aplicar o projeto de investigação, o que condicionou os efeitos do programa psicoeducativo.

Embora o feedback final das cuidadoras fosse positivo, os instrumentos de avaliação utilizados mostram melhorias modestas nas variáveis estudadas. Faleiros (2009) com a aplicação de um programa psicoeducativo de curta duração concluiu que este foi eficaz na aquisição de conhecimentos e pouco eficaz na sobrecarga, sintomas depressivos e qualidade de vida, tendo a melhoria nos sintomas depressivos sido visível 6 meses depois da intervenção. Assim, pode-se sugerir que a eficácia deste programa nas variáveis estudadas seja visível apenas num espaço temporal que não pode ser avaliado por este trabalho.

Embora a grande maioria das intervenções desenvolvidas com cuidadores adotem o formato grupal com a eficácia e as vantagens já descritas, os resultados deste programa e a dificuldade em aceder à população alvo deste trabalho numa intervenção do tipo grupal, leva a questionar a pertinência do desenvolvimento de programas de formato individual, pois segundo a WHO (2013) os programas individuais desenvolvidos no domicílio dos cuidadores são mais facilmente adaptados às necessidades dos cuidadores, diminuem a sobrecarga já de si elevada dos cuidadores nas deslocações e produzem melhoras significativas na saúde mental e na sobrecarga dos cuidadores.

CONCLUSÕES DO ESTUDO

Os resultados mostram que em dois casos houve melhoria do nível de saúde mental e noutros dois casos não houve alteração dos níveis de saúde mental. A aplicação da metodologia dos estudos de caso múltiplos permitiu compreender a especificidade da situação de cada um das cuidadoras, sendo que em todos se identificou fatores que a bibliografia aponta como suscetíveis de influenciar de forma positiva ou negativa a saúde mental dos cuidadores. Assim, a análise da eficácia da intervenção psicoeducativa torna-se um processo complexo, sendo difícil estabelecer quais os reais efeitos do programa nos níveis saúde mental, nas dificuldades percecionadas e nas estratégias de coping utilizadas. Realça-se ainda assim a boa aceitação do

programa por parte das cuidadoras, que foi considerado como promotor de aprendizagens e de suporte.

A revisão bibliográfica aponta os prestadores informais de cuidados como uma população de risco para o desenvolvimento de baixos níveis de saúde mental, tal como as intervenções psicoeducativas como eficazes na redução da morbilidade mental desta população. No entanto, com a realização deste trabalho não se conseguiu provar a efetividade deste programa psicoeducativo, pois as limitações da metodologia adotada e a dimensão e características da amostra, não possibilitaram resultados mais efetivos.

A principal limitação deste estudo está relacionada com o reduzido número de sessões do programa psicoeducativo, justificado pelas limitações de tempo para o seu desenvolvimento. Outra limitação relaciona-se com o reduzido número de cuidadoras que participaram no estudo, amostras mais significativas podem facilitar a avaliação da relação entre a participação em grupos psicoeducacionais e a melhoria dos níveis de saúde mental, dificuldades percebidas e estratégias de coping usadas. Tendo em conta a multiplicidade de fatores que influenciam a prestação informal de cuidados, seria importante utilizar um grupo de controlo para facilitar a avaliação da eficácia deste tipo de intervenções. O espaço temporal entre a aplicação dos instrumentos de colheita de dados no pré-teste e o início da intervenção foi demasiado longo, o que também dificultou a avaliação da efetividade da intervenção. Embora a técnica de amostragem escolhida fosse por conveniência, ao incluir no estudo uma cuidadora com bom nível de saúde mental, limitou a visibilidade da eficácia da intervenção neste caso.

Em Portugal existe um reduzido número de estudos sobre a temática da eficácia de intervenções na redução da morbilidade mental dos cuidadores informais de idosos, apesar de existir um grande número de estudos descritivos da problemática dos cuidadores. Considera-se importante continuar a desenvolver estudos que testem intervenções, de preferência já utilizados com sucesso noutros países, dirigidos aos cuidadores. Recomenda-se a aplicação de programas psicoeducativos com base neste modelo, em grupo ou individualmente, noutro ambiente, com amostras maiores e por um período de tempo superior.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, F. (2009). *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*. Braga: Universidade do Minho.
- André, S., Nunes, M., Martins, M. & Rodrigues, V. (2013) Saúde mental em cuidadores informais de idosos dependentes pós-acidente vascular cerebral. *Revista Enfermagem Referência*, III (11), 85-94.
- Baltar, A., Cerrato, I., Trocadiz, M., & González, M. (2005). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales* (p. 217). Madrid: IMSERSO.
- Barbosa, A. (2009). *Cuidado informal no fim da vida: stress e coping em cuidadores primários e secundários*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Brito, M. (2000). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Porto: Universidade do Porto.
- Donorfio, L., Vetter, R., & Vracevic, M. (2010). Effects of three caregiver interventions: support, educational literature, and creative movement. *Journal of women & aging*, 22 (1), 61-75. Acedido em 15 de Maio de 2012 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20391149>
- Faleiros, D. (2009). *Cuidador de idosos com doença de Alzheimer: efeitos de grupos psico-educacionais e suporte domiciliário individualizado*. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos.
- Figueiredo, D. (2007). *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Fonseca, T. (2010). *Sobrecarga, depressão e Generatividade em mulheres cuidadoras informais*. Lisboa: Faculdade de Psicologia.
- Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. (3ª edição). Loures: Lusociência
- Lage, M. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacto do cuidado no cuidador informal*. Porto: Universidade do Porto.
- Lopes, L. & Cachioni, M. (2013). Impacto de uma Intervenção Psicoeducacional sobre o Bem-Estar Subjetivo de Cuidadores de Idosos com Doença de Alzheimer. *Temas em Psicologia*, 21 (1), 165-181.
- López, J., & Crespo, M. (2008). Analysis of the efficacy of a psychotherapeutic program to improve the emotional status of caregivers of elderly dependent relatives. *Aging & mental health*, 12 (4), 451-61. Acedido em 15 de maio de 2012 em <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607860802224292#preview>
- Loureiro, N. (2009). *A sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos com demência*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

- Martínez, J. (2005). Entrenamiento en manejo del estrés en cuidadores de familiares mayores dependientes: desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Nolan, M., Grant, G., & Keady, J. (1998). *Assessing the Needs of Family Carers - A guide for practitioners* (1º Ed.). Brighton: Pavilion.
- Ocampo, J., Herrera, J., Torres, P., Rodríguez, J., Lobo, L. & Garcia, C. (2007) - Sobrecarga associada com el cuidado de ancianos dependientes. *Colombia Médica*. 38 (1), 40-46.
- Oliveira, A. (2009). Cuidados informais ao idoso dependente: motivos e gratificações. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Pereira, M. (2011). Cuidadores Informais de Doentes de Alzheimer: Sobrecarga Física, Emocional e Social e Psicopatologia. Porto: Universidade do Porto.
- Ribeiro, J. (2011). *Inventário de saúde mental*. Lisboa: Placebo.
- Ricarte, L. (2009). Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande. Porto: Universidade do Porto.
- Rocha, B & Pacheco, E. (2013). Idoso em situação de dependência: estresse e coping do cuidador informal, *Acta Paulista de Enfermagem*, 26 (1), 50-56.
- Saraiva, S. (2008). O cuidado informal ao idoso dependente: impacto no cuidador primário e secundário. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Libel.
- Silva, A. (2009). Efectividade de um programa de intervenção na percepção de sobrecarga dos familiares cuidadores de pessoas idosas com demência. Lisboa: Faculdade de Medicina.
- Sorensen, S., Pinquart, M., Duberstein, P. (2002). How Effective Are Interventions With Caregivers? An Updated Meta-Analysis. *The Gerontologist*, 42 (3). 356-372. Acedido em 05 de Janeiro de 2012 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12040138>
- World Health Organization. (2013). *Demencia una prioridad de salud publica*. World Health Organization: Washington.
- Yalom, I. (2006); *Psicoterapia de Grupo: Teoria e prática* (5ª Ed.); Traduzido por Costa, R. C; Porto Alegre: Artmed.

ANEXO VII

Instrumento colheita de dados para o estudo de investigação

QUESTIONÁRIO

OBJECTIVOS DO ESTUDO

Este projeto de investigação tem como título “A saúde mental dos cuidadores informais de idosos com dependência física: a efetividade de uma intervenção psicoeducativa”, e encontra-se em desenvolvimento no âmbito do Curso de 3º curso de pós-licenciatura de enfermagem em Saúde Mental da Escola Superior de Saúde de Leiria, sendo o investigador principal, o Enfermeiro Ricardo Nuno Silva Rocha.

Os dados obtidos destinam-se exclusivamente ao estudo em causa, assegurando-se absoluta confidencialidade dos mesmos.

Solicitamos que não deixe questões em branco, para não comprometer os dados globais do questionário.

A sua participação é muito importante para este estudo, mas, se por qualquer razão, não quiser participar, tem todo o direito de o fazer e agradecemos de igual modo a sua atenção.

Agradecemos com elevada estima, certos da sua inestimável colaboração.

O investigador principal,

Ricardo Nuno Silva Rocha

Parte I
Dados Sociodemográficos do Cuidador

Por favor em cada pergunta escolha a opção que considere que melhor se adequa à sua situação, colocando um "X" no quadrado correspondente, ou responda por breves palavras nos espaços destinados para tal.

1 Sexo

- Masculino
 Feminino

2 Data Nascimento:

____/____/____

3 Estado Civil

- Solteiro
 Casado
 A viver como casado
 Separado
 Divorciado
 Viúvo

4 Escolaridade

- Não sabe ler nem escrever
 4ª Classe
 6º Ano
 9º Ano
 12º Ano
 Ensino superior

5 Situação perante o trabalho

- Doméstica
 Desempregado
 Empregado
 Reformado/aposentado
 Outra (especifique):

6 A pessoa de quem cuida é:

- Marido/Esposa
 Pai/Mãe
 Sogra/Sogro
 Avó/Avô
 Irmão/Irmã
 Outra _____

7 A que distancia vive da casa onde está o familiar de que cuida:

- Vive na mesma casa
 Vive na mesma Rua
 Vive na mesma terra
 Vive numa terra próxima (menos de 30 Km)
 Vive a mais de 30 km
 Outra _____

8 Há quanto tempo cuida dessa pessoa

_____ Anos _____ Meses

9 Quantas horas destina em média por dia para cuidar do seu familiar

_____ horas por dia

10 É a primeira vez que cuida de alguém?

- Sim
 Não

11 Tem a seu cargo outras pessoas dependentes?

- Sim
 Não
Quem? _____

12 Tem ajuda de mais alguém para cuidar do seu familiar (Família, amigos, vizinhos, etc)?

- Não
 Sim, por favor, especifique quem: _____

13 Em que tarefas essa pessoa a ajuda _____

14 Recebe apoio de alguma instituição para o ajudar a cuidar do seu familiar?

- Sim
 Não

14,1 Se recebe apoio de uma instituição, por favor especifique de que tipo é o apoio: _____

15 Quais os motivos que o levaram a assumir a responsabilidade dos cuidados?

- Obrigação familiar/pessoal
- Solidariedade familiar/conjugal
- Evitar a institucionalização do doente
- Inexistência de respostas institucionais
- Valores morais e religiosos
- Não tem recursos para o colocar numa instituição

Outros: _____

16 Como classifica a sua relação com a pessoa a quem presta cuidados antes de ela ficar dependente?

- Excelente
- Boa
- Razoável
- Má

17 Sofre de alguma doença que lhe dificulte os cuidados que presta ao seu familiar?

- Não
- Sim. Qual? _____

18 Nos últimos 6 meses teve necessidade de recorrer ao médico

- Não
- Sim. Motivo: _____

18 Toma alguma medicação tranquilizante ou antidepressiva?

- Não
- Sim. Qual? _____

19 Nos últimos 6 meses teve de faltar ao trabalho?

- Não
- Sim. Motivo? _____

20 Tem alguém a quem faça confidências dos seus sentimentos em relação ao seu familiar e à situação de prestação de cuidados

- Não
- Sim. Quem? _____

21 Quando tem dúvidas sobre os cuidados a prestar ao seu familiar a quem recorre para as esclarecer?

22 Por favor, diga qual o seu grau de satisfação com a situação de prestação de cuidados ao seu familiar numa escala de 0 a 10

Parte II
Dados da pessoa cuidada

Por favor em cada pergunta escolha a opção que considere que melhor se adequa à sua situação, colocando um "X" no quadrado correspondente, ou responda por breves palavras nos espaços destinados para tal.

1 Sexo

- Masculino
 Feminino

2 Data de Nascimento

____/____/____

3 Antecedentes pessoais (doenças) _____

4 Como classifica as capacidades do seu familiar em relação às seguintes actividades de vida diárias (por favor assinale a opção que na sua opinião melhor reflete a situação em que o seu familiar se encontra):

Alimentação	<input type="checkbox"/> Independente (capaz de usar qualquer instrumento, come num tempo razoável)
	<input type="checkbox"/> Necessita de ajuda (para cortar a comida, levar à boca, etc.)
	<input type="checkbox"/> Dependente (incapaz)
Vestir-se	<input type="checkbox"/> Independente (veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)
	<input type="checkbox"/> Necessita de ajuda (pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo.)
	<input type="checkbox"/> Dependente (incapaz)
Banho	<input type="checkbox"/> Independente (toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)
	<input type="checkbox"/> Dependente (incapaz)
Higiene Pessoal	<input type="checkbox"/> Independente (lava a face, mãos e dentes e faz a barba)
	<input type="checkbox"/> Dependente (incapaz)
Uso de casa de Banho	<input type="checkbox"/> Independente (usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)
	<input type="checkbox"/> Necessita de ajuda (para manter o equilíbrio, limpar-se a ajustar a roupa)
	<input type="checkbox"/> Dependente (incapaz)
Controlo intestinal	<input type="checkbox"/> Independente (não apresenta episódios de incontinência, se necessita de enema ou microlax fá-lo, sozinho)
	<input type="checkbox"/> Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência, necessita de ajuda para enemas ou microlax)
	<input type="checkbox"/> Incontinente fecal
Controlo Vesical	<input type="checkbox"/> Independente (não apresenta episódios de incontinência se necessita de sonda ou colector fá-lo sozinho)
	<input type="checkbox"/> Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência, necessita de ajuda para o uso de sonda ou colector)
	<input type="checkbox"/> Incontinente ou algaliado
Subir as escadas	<input type="checkbox"/> Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas)
	<input type="checkbox"/> Necessita de ajuda (necessita de ajuda física ou supervisão para subir ou descer escadas.)
	<input type="checkbox"/> Dependente (incapaz)
Transferência cama/cadeira	<input type="checkbox"/> Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)
	<input type="checkbox"/> Pequena ajuda (verbal ou física)
	<input type="checkbox"/> Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se
	<input type="checkbox"/> Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se
Deambulação	<input type="checkbox"/> Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)
	<input type="checkbox"/> Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)
	<input type="checkbox"/> Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.
	<input type="checkbox"/> Dependente (incapaz)

PARTE III - INVENTÁRIO DE SAÚDE MENTAL

ABAIXO VAI ENCONTRAR UM CONJUNTO DE QUESTÕES ACERCA DO MODO COMO SE SENTE NO DIA A DIA. RESPONDA A CADA UMA DELAS ASSINALANDO NUM DOS RECTÂNGULOS POR BAIXO A RESPOSTA QUE MELHOR SE APLICA A SI.

1- QUANTO FELIZ E SATISFEITO VOCÊ TEM ESTADO COM A SUA VIDA PESSOAL?

Extremamente feliz, não pode haver pessoa mais feliz ou satisfeita	Muito feliz e satisfeito a maior parte do tempo	Geralmente satisfeito e feliz	Por vezes ligeiramente satisfeito, por vezes ligeiramente infeliz	Geralmente insatisfeito, infeliz	Muito insatisfeito, e infeliz a maior parte do tempo
--	---	-------------------------------	---	----------------------------------	--

2- DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU SÓ NO PASSADO MÊS?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

3- COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU NERVOSO OU APREENSIVO PERANTE COISAS QUE ACONTECERAM, OU PERANTE SITUAÇÕES INESPERADAS, NO ÚLTIMO MÊS?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

4- DURANTE O MÊS PASSADO COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE TINHA UM FUTURO PROMISSOR E CHEIO DE ESPERANÇA?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

5- COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE A SUA VIDA NO DIA A DIA ESTAVA CHEIA DE COISAS INTERESSANTES?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

6- COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU RELAXADO E SEM TENSÃO?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

7- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU PRAZER NAS COISAS QUE FAZIA?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

8- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, TEVE ALGUMA VEZ RAZÃO PARA SE QUESTIONAR SE ESTARIA A PERDER A CABEÇA, OU A PERDER O CONTROLO SOBRE OS SEUS ACTOS, AS SUAS PALAVRAS, OS SEUS, PENSAMENTOS, SENTIMENTOS OU MEMÓRIA?

Não, nunca	Talvez um pouco	Sim, mas não o suficiente para ficar preocupado com isso	Sim, e fiquei um bocado preocupado	Sim, e isso preocupa-me	Sim, e estou muito preocupado com isso
------------	-----------------	--	------------------------------------	-------------------------	--

9- SENTIU-SE DEPRIMIDO DURANTE O ÚLTIMO MÊS?

Sim, até ao ponto de não me interessar por nada durante dias	Sim, muito deprimido quase todos os dias	Sim, deprimido muitas vezes	Sim, por vezes sinto-me um pouco deprimido	Não, nunca me sinto deprimido
--	--	-----------------------------	--	-------------------------------

10- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTAS VEZES SE SENTIU AMADO E QUERIDO?

Sempre	Quase sempre	A maior parte das vezes	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
--------	--------------	-------------------------	---------------	--------------------	-------

11- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS PASSADO SE SENTIU MUITO NERVOSO?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

12- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA ESPERAVA TER UM DIA INTERESSANTE AO LEVANTAR-SE?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

13- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU TENSO E IRRITADO?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

14- DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU QUE CONTROLAVA PERFEITAMENTE O SEU COMPORTAMENTO, PENSAMENTO, EMOÇÕES E SENTIMENTOS?

Sim, completamente	Sim, geralmente	Sim, penso que sim	Não muito bem	Não e ando um pouco perturbado por isso	Não, e ando muito perturbado por isso
--------------------	-----------------	--------------------	---------------	---	---------------------------------------

15 DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU AS MÃOS A TREMER QUANDO FAZIA ALGUMA COISA?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

16- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE NÃO TINHA FUTURO, QUE NÃO TINHA PARA ONDE ORIENTAR A SUA VIDA?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

17- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU CALMO E EM PAZ?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

18- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU EMOCIONALMENTE ESTÁVEL?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

19- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

20- COM QUE FREQUÊNCIA, NO MÊS PASSADO SE SENTIU COMO SE FOSSE CHORAR?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

21- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ SENTIU QUE AS OUTRAS PESSOAS SE SENTIRIAM MELHOR SE VOCÊ NÃO EXISTISSE?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

22- QUANTO TEMPO, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU CAPAZ DE RELAXAR SEM DIFICULDADE?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

23 NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE AS SUAS RELAÇÕES AMOROSAS ERAM TOTAL OU COMPLETAMENTE SATISFATÓRIAS?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

24- COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE TUDO ACONTECIA AO CONTRÁRIO DO QUE DESEJAVA?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

25- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUÃO INCOMODADO É QUE VOCÊ SE SENTIU DEVIDO AO NERVOSO?

Extremamente, ao ponto de não poder fazer as coisas que devia	Muito incomodado	Um pouco incomodado pelos meus nervos	Algo incomodado, o suficiente para que desse por isso	Apenas de forma muito ligeira	Nada incomodado
---	------------------	---------------------------------------	---	-------------------------------	-----------------

26- NO MÊS QUE PASSOU, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE A SUA VIDA ERA UMA AVENTURA MARAVILHOSA?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

27- DURANTE QUANTO TEMPO, DURANTE O MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO, DE TAL MODO QUE NADA O CONSEGUIA ANIMAR?

Sempre	Com muita frequência	frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

28- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ALGUMA VEZ PENSOU EM ACABAR COM A VIDA?

Sim, muitas vezes	Sim, algumas vezes	Sim, umas poucas de vezes	Sim, uma vez	Não, nunca
-------------------	--------------------	---------------------------	--------------	------------

29- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU, CANSADO INQUIETO E IMPACIENTE?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

30- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU RABUGENTO OU DE MAU HUMOR?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

31- DURANTE QUANTO TEMPO, NO ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU ALEGRE, ANIMADO E BEM DISPOSTO?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

32 -DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU CONFUSO OU PERTURBADO?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

33- DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU-SE ANSIOSO OU PREOCUPADO?

Sim, extremamente, ao pouco de ficar doente ou quase	Sim, muito	Sim, um pouco	Sim, o suficiente para me incomodar	Sim, de forma muito ligeira	Não. De maneira nenhuma
--	------------	---------------	-------------------------------------	-----------------------------	-------------------------

34- NO O ÚLTIMO MÊS DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU UMA PESSOA FELIZ?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

35- COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU COM DIFICULDADE EM SE MANTER CALMO?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

36- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU ESPIRITUALMENTE EM BAIXO?

Sempre	Quase sempre	Uma boa parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca acordo com a sensação de descansado
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	---

37- COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ACORDOU DE MANHÃ SENTINDO-SE FRESCO E REPOUSADO?

Sempre, todos os dias	Quase todos os dias	Frequentemente	Algumas vezes, mas normalmente não	Quase nunca	Nunca
-----------------------	---------------------	----------------	------------------------------------	-------------	-------

38- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ESTEVE, OU SENTIU-SE DEBAIXO DE GRANDE PRESSÃO OU STRESS?

Sim, quase a ultrapassar os meus limites	Sim, muita pressão	Sim, alguma, mais do que o costume	Sim, alguma, como de costume	Sim, um pouco	Não, nenhuma
--	--------------------	------------------------------------	------------------------------	---------------	--------------

PARTE IV - CADI_(Carers' Assessment of Difficulties Index)

(Nolan e col., 1998; tradução portuguesa: Luisa Brito e João Barreto, 2000)

O CADI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das dificuldades que enfrentam. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

Prestar cuidados PODE SER DIFÍCIL porque:		Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
			Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito
1	Não tenho tempo suficiente para mim próprio(a)				
2	Por vezes sinto-me "de mãos atadas / sem poder fazer nada para dominar a situação"				
3	Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família				
4	Traz-me problemas de dinheiro				
5	A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim				
6	A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar				
7	Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam				
8	Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto				
9	Chega a transtornar as minhas relações familiares				
10	Deixa-me muito cansado(a) fisicamente				
11	Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim				
12	Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido				
13	A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais				
14	A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia				
15	Ando a dormir pior por causa desta situação				
16	As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria				
17	Esta situação faz-me sentir irritado(a)				
18	Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria				

Prestar cuidados <u>PODE SER DIFÍCIL</u> porque:		Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
			Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito
19	Esta situação está a transtornar-me os nervos				
20	Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias				
21	A qualidade da minha vida piorou				
22	A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço				
23	A minha saúde ficou abalada				
24	A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)				
25	O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas				
26	Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação				
27	Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais				
28	Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam				
29	Não consigo sossegar por estar preocupado(a) com os cuidados a prestar				
30	Esta situação faz-me sentir culpado(a)				

Se entende que, no seu caso, há outras **dificuldades resultantes da situação de estar a prestar cuidados**, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida elas o perturbam.

Prestar cuidados <u>PODE SER DIFÍCIL</u> porque:		Isto acontece no meu caso e sinto que:		
		Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito

PARTE V - CAMI (Carers' Assessment of Managing Index)

(Nolan e col., 1998; tradução portuguesa: Luisa Brito e João Barreto, 2000)

O CAMI é uma lista de 38 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das maneiras como habitualmente enfrentam as suas dificuldades. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

Uma das MANEIRAS DE ENFRENTAR AS DIFICULDADES que tenho, ao cuidar desta pessoa, é:		Não procedo desta forma	Faço assim e acho que:		
			Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá bom resultado
1	Estabelecer um programa regular de tarefas e procurar cumpri-lo				
2	Descarregar a tensão, falando alto, gritando, ou coisa semelhante				
3	Falar dos meus problemas com alguém em quem confio				
4	Reservar algum tempo livre para mim próprio(a)				
5	Planear com antecedência e assim estar preparado(a) para as coisas que possam acontecer				
6	Ver o lado cómico da situação				
7	Pensar que há sempre quem esteja pior do que eu				
8	Cerrar os dentes e continuar				
9	Recordar todos os bons momentos que passei com a pessoa de quem cuido				
10	Procurar obter toda a informação possível acerca do problema				
11	Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação em que está				
12	Viver um dia de cada vez				
13	Conseguir que a família me dê toda a ajuda prática que puder				
14	Manter a pessoa de quem cuido tão activa quanto possível				
15	Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível				
16	Pensar que a situação está agora melhor do que antes				
17	Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais				
18	Pensar no problema e encontrar uma forma de lhe dar solução				
19	Chorar um bocado				
20	Aceitar a situação tal como ela é				
21	Arranjar maneira de não pensar nas coisas, lendo, vendo televisão ou algo semelhante				
22	Fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe				

Uma das MANEIRAS DE ENFRENTAR AS DIFICULDADES que tenho, ao cuidar desta pessoa, é:		Não procedo desta forma	Faço assim e acho que:		
			Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá bom resultado
23	Tomar medidas para evitar que os problemas surjam				
24	Agarrar-me a fortes crenças pessoais ou religiosas				
25	Acreditar em mim próprio(a) e na minha capacidade para lidar com a situação				
26	Esquecer os problemas por momentos, deixando divagar o pensamento				
27	Manter dominados os meus sentimentos e emoções				
28	Tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género				
29	Confiar na minha própria experiência e na competência que tenho adquirido				
30	Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte				
31	Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes				
32	Procurar ver o que há de positivo em cada situação				
33	Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela				
34	Pensar que ninguém tem culpa da situação				
35	Descarregar o excesso de energia e sentimentos, andando, nadando ou fazendo outro exercício físico				
36	Reunir regularmente com um grupo de pessoas com problemas semelhantes				
37	Usar técnicas de relaxamento, meditação ou outras				
38	Dedicar-me a coisas que me interessam, para além de cuidar da pessoa				

Se tem outras maneiras de **ENFRENTAR OS PROBLEMAS**, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida lhe parece que dão resultado.

Uma das MANEIRAS DE ENFRENTAR AS DIFICULDADES que tenho, ao cuidar desta pessoa, é:		Faço assim e acho que:		
		Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá bom resultado

ANEXO VIII

Autorizações da utilização das escalas de avaliação MHI, CADI e CAMI

ANEXO IX

Consentimento Informado para a participação no estudo de Investigação

Exmo. Sr (a):

Sou Ricardo Nuno Silva Rocha e estou a desenvolver um trabalho de investigação com o tema “Eficácia de uma intervenção psicoeducativa na Saúde Mental dos cuidadores informais de idosos com dependência física”, no âmbito do 3º Curso de Pós-Licenciatura de Enfermagem em Saúde Mental, na Escola Superior de Saúde de Leiria.

Este trabalho visa em primeiro lugar conhecer as dificuldades que os cuidadores informais de pessoas com dependência física encontram, as estratégias que usam para lidar com essas dificuldades e qual o reflexo dessas dificuldades na sua saúde. Conhecendo estes aspectos os profissionais de saúde poderão mais facilmente ajudá-lo a si ou a outras pessoas que se encontram em situação semelhante à sua.

Numa segunda fase, pretendo reunir alguns cuidadores que estejam disponíveis e interessados e tentar ajuda-los a ultrapassar algumas das dificuldades que encontram no seu dia-a-dia, através da realização de 5 reuniões em grupo que decorrerão no Centro de Saúde de Coruche com a periodicidade semanal.

A participação neste estudo é voluntária e não representa qualquer risco potencial para si ou para os seus familiares. Os dados colhidos servirão exclusivamente para a realização deste estudo e serão tratados e guardados de forma confidencial e nenhuma informação que indicié a sua identidade vai ser publicada ou comunicada a terceiros.

É importante que compreenda que é livre de a qualquer momento desistir de participar neste estudo, e que se o fizer a qualidade dos cuidados dos quais beneficia não será de modo algum afectada.

Peço então que identifique em que condições, das abaixo apresentadas, está disposto a participar neste estudo:

- Estou disponível e interessado em responder a este questionário e a participar no grupo de cuidadores
- Não estou disponível para participar no estudo

Caso pretenda participar neste estudo de alguma maneira, por favor escreva aqui o seu nome e o seu número de telefone para facilitar contactos futuros _____

Desde já agradeço a sua colaboração e mostro-me disponível para prestar em qualquer altura os esclarecimentos que Vossa Excelência considere necessários. Para tal pode usar os seguintes contactos 963368807, 243610500 ou rnsrocha@gmail.com