



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA
ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL EM ESMP COM RELATÓRIO FINAL

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

O PROCESSO DE LUTO DOS CUIDADORES FORMAIS EM CONTEXTO PANDÉMICO

ZAIDA MARIA BÉRTOLO MENDES

LEIRIA, SETEMBRO 2023



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA
ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL EM ESMP COM RELATÓRIO FINAL

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

O PROCESSO DE LUTO DOS CUIDADORES FORMAIS EM CONTEXTO PANDÉMICO

Relatório de Estágio para obtenção de grau de Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ZAIDA MARIA BÉRTOLO MENDES

Orientadora: Professora Doutora Ana Querido

LEIRIA, SETEMBRO 2023

“Se quer transformar o mundo, experimente promover primeiro o seu aperfeiçoamento pessoal e realizar inovações no seu próprio interior”

Dalai Lama, S.d.

AGRADECIMENTOS

A realização do mestrado e desenvolvimento deste trabalho foi um desafio de construção, amadurecimento pessoal e profissional. Estou muito grata a todos os que muito me encorajaram e me ajudaram neste percurso.

O meu agradecimento muito especial às pessoas por mim acompanhadas que sem elas este trabalho não seria possível. Um muito obrigado por terem confiado em mim e por terem partilhados as vossas histórias de vida.

Não posso deixar de agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Ana Querido, por todo o apoio, empenho e sentido prático com que sempre me orientou. Aqui lhe exprimo a minha imensa gratidão.

Agradeço aos meus orientadores de ensino clínico, pela sua disponibilidade, orientação, partilha, apoio, motivação e confiança demonstrada, durante o processo de ensinamentos clínicos. Contribuíram de forma relevante para o sucesso dos mesmos, apesar dos contratemplos e o contexto de pandemia e tudo o que isso representou, e para o meu crescimento pessoal e profissional.

A todos os profissionais de saúde a quem tive oportunidade de acompanhar, pela forma como fui acolhida, pelo apoio, partilha de saberes e disponibilidade demonstrada.

A todos os meus amigos e familiares pela minha ausência durante este tempo de percurso formativo, que me ajudaram a não baixar os braços nos momentos mais difíceis, com mensagens de incentivo. A todos aqueles que de um modo direto ou indireto também contribuíram para o meu sucesso neste percurso académico.

Aos colegas de curso “Amigos dos Amigos” pelos momentos de partilha e catarse.

Um agradecimento muito especial às minhas companheiras de viagem Joana e Telma, cuja caminhada iniciou na licenciatura, me desafiaram para esta nova etapa académica e, sem sombra de dúvida, continuaremos a crescer juntas e abraçar novos desafios.

Ao meu Pai, Avós e a minha Sogrinha que já não estando presentes fisicamente, continuam a ser a minha linha orientadora de vida.

À minha Mãe pelo seu amor e apoio incondicional e ter tomado as rédeas da casa para me permitir ir além da vontade de querer.

Ao Francisco meu companheiro de vida, pela paciência infinita, apoio, motivação e compreensão, respeitando o meu espaço e o meu tempo, por se manter ao meu lado e me dar colo sempre que necessito, prometo abrandar o ritmo e ponderar os próximos desafios.

Por fim, ao meu amor maior, meu parceiro e maior feito, ao meu querido filho Rafael, sempre compreensivo, disponível e com uma paciência infinita, para me apoiar incondicionalmente em todas as fases de crescimento e aprendizagem.

A todos o meu mais profundo agradecimento!

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APA – American Psychological Association

ARS – Administração Regional de Saúde

AVD – Atividades de Vida Diárias

CCISM - Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental

CI – Cuidador Informal

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de enfermagem

CSH – Cuidados de Saúde Hospitalares

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CRI – Centro de Respostas Integradas

DGS – Direção Geral da Saúde

DM – Doença Mental

EC – Ensino Clínico

ECC – Estudo de Caso Clínico

EE – Enfermeiro Especialista

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESSLei – Escola Superior de Saúde de Leiria

ET – Equipa de Tratamento

H - Hospital

INE – Instituto Nacional de Estatística

Inst. - Instituição

MESMP – Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

P - Participante

PA – Projeto de Aprendizagem

PMCQCE – Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade de Cuidados de Enfermagem

PTAO – Programa de Tratamento de Aditivos Opiáceos

SM – Saúde Mental

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UIPP – Unidade de Internamento Prolongado de Psiquiatria

RESUMO

O presente trabalho é realizado no âmbito da especialização e mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e evidenciar o progresso e consolidação de competências comuns e práxis especializada do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

O relatório possui uma breve contextualização dos locais onde decorreram os ensinamentos clínicos de prática clínica, em contexto de internamento numa unidade de internamento prolongado de psiquiatria, na comunidade numa unidade de cuidados na comunidade e respostas diferenciadas num centro de respostas integradas, seguindo-se a análise crítico-reflexiva sobre o processo de aprendizagem e desenvolvimento das competências profissionais.

O contexto pandémico impulsionou a vivência de diversas perdas, (de liberdade, segurança, estabilidade, contacto físico, suporte social). Viver uma crise como a perda de alguém querido, dentro de outra crise (a pandemia) pode acentuar a ansiedade e o risco de depressão¹. Tais acontecimentos também impactaram os Cuidadores Formais (CF), pela exposição de diversos fatores de stress físico, emocional e psicológico, tendo desenvolvido processos de luto adaptados à realidade e adoção de estratégias para lidar com o seu próprio sofrimento. Tendo em conta a disfuncionalidade passível de ocorrer, entende-se que o escasso envolvimento e acompanhamento aos CF no processo de luto, é uma problemática comum nos diversos contextos que carece de atenção.

Com o intuito de explorar a perceção dos CF acerca do impacto psicológico decorrente das mortes vivenciadas em contexto pandémico; explorar os significados que atribuem à perda dos utentes em tempos de pandemia; identificar os fatores descritos pelos CF como facilitadores do processo de luto; averiguar os fatores stressores/dificultadores identificados pelos CF no seu processo de luto; identificar as estratégias de coping utilizadas e a perceção da sua eficácia, e avaliar o impacto que tem na Saúde Mental.

O relatório termina com uma conclusão, caracterizada por uma reflexão que sintetiza este percurso retratando o desenvolvimento de competências, a eficácia do processo ensino-aprendizagem, espelhar a aplicação do conhecimento científico adquirido em contexto teórico e aplicado em contexto prático e o desenvolvimento de competências especializadas capazes de sustentar uma prática de qualidade, segurança e excelência.

Palavras-chave: Enfermagem, Saúde mental, Competências, Cuidadores formais, Luto.

ABSTRACT

The present work is carried out within the scope of specialization and master's degree in Mental Health and Psychiatric Nursing and evidence the progress and consolidation of common competencies and specialized praxis of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing.

The report has a brief contextualization of the places where the clinical teaching of clinical practice took place, in the context of hospitalization in a long-term inpatient psychiatry unit, in the community in a community care unit and differentiated responses in a center of integrated responses, followed by critical-reflective analysis of the learning process and development of professional skills.

The pandemic context has boosted the experience of various losses, (of freedom, security, stability, physical contact, social support). Living a crisis such as the loss of a loved one, within another crisis (the pandemic) can accentuate anxiety and the risk of depression¹. Such events also impacted the Formal Caregivers (FC), by the exposure of several physical, emotional and psychological stressors, having developed grieving processes adapted to reality and adopting strategies to deal with their own suffering. Taking into account the dysfunction that may occur, it is understood that the scarce involvement and accompaniment of FC in the grieving process, it is a common problem in the various contexts that needs attention.

In order to explore the perception of FC about the psychological impact resulting from deaths experienced in a pandemic context; explore the meanings they attach to the loss of patients in times of pandemic; identify the factors described by the FC as facilitators of the grieving process; to investigate the stressors/hindering factors identified by FC in their grieving process; identify the coping strategies used and the perception of their effectiveness, and evaluate the impact it has on Mental Health.

The report concludes with a conclusion, characterized by a reflection that summarizes this path portraying the development of skills, the effectiveness of the teaching-learning process, mirroring the application of scientific knowledge acquired in a theoretical context and applied in a practical context and the development of specialized skills capable of sustaining a practice of quality, safety and excellence.

Keywords: Nursing, Mental health, Competencies, Formal caregivers, Bereavement.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	iii
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS	ii
RESUMO	iv
ÍNDICE	vi
INTRODUÇÃO	9
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	14
1.1. ENSINO CLÍNICO EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO.....	15
1.2. PRÁTICA CLÍNICA EM CONTEXTO COMUNITÁRIO	19
1.3. PRÁTICA CLÍNICA EM CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS	26
2. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	31
2.1. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	33
2.1.1 Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	34
2.1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade	36
2.1.3. Competência do domínio da gestão dos cuidados.....	38
2.1.4. Competência do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	41
2.2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	42
2.2.1. Conhecimento e autoconsciência enquanto pessoa e enfermeiro	43
2.2.2. Assistência à pessoa, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental..	44
2.2.3. Ajuda a pessoa, integrada na família, grupos e comunidade na recuperar a saúde mental	47
2.2.4. Prestação de cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida	48
3. PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE NO PROCESSO DE LUTO DOS CUIDADORES FORMAIS DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS	55
3.1. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	59
3.2. O PROCESSO DE LUTO COMO PROBLEMA	61
3.3. OBJETIVOS.....	62
3.4. PERCEBER AS CAUSAS	63
3.5. PLANEAR E EXECUTAR AS ATIVIDADES.....	67
3.5.1 Tipo de estudo	68
3.5.2 Participantes e recolha da informação	68
3.5.3 Tratamento e análise da informação.....	69

3.6. RESULTADOS	70
3.6.1 Caraterização dos participantes	70
3.6.2 Caraterização dos contextos da perda.....	70
3.6.3 Sentimentos e emoções na gestão da perda.....	72
3.6.4 Experiências de luto profissional.....	73
3.6.5 Estratégias de coping.....	74
CONCLUSÃO	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80

ANEXOS

ANEXO I - Escala de avaliação: ECM

ANEXO II - Escala de avaliação: ESLP

APÊNDICES

APÊNDICE I - Programa de intervenção grupal

APÊNDICE II - Consentimento informado

APÊNDICE III - Guião de entrevista semiestruturado

APÊNDICE IV - Estatística descritiva da escala de luto prolongado

APÊNDICE V - Estatística descritiva da escala de coping com a morte

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Espinha de Ishikawa Erro! Marcador não definido.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho é realizado no âmbito da especialização e mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) e evidenciar o progresso e consolidação de competências comuns e prática especializada do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP).

O relatório final consiste num instrumento que permite ao mestrando caracterizar os locais onde decorreram os Ensinos Clínicos (EC), descrever, analisar e refletir sobre as competências específicas do EEESMP adquiridas através da prática sob orientação, nos diversos contextos de prática clínica, em contexto de internamento numa Unidade de Internamento Prolongado de Psiquiatria (UIPP), na comunidade numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e respostas diferenciadas num Centro de Respostas Integradas (CRI).

O decorrer dos EC permitiu, para além do desenvolvimento de competências específicas do EEESMP, adquirir espírito reflexivo e crítico, autonomia, participação ativa nas diversas instituições, respeitando os utentes e suas famílias no decorrer do processo dos cuidados. Houve participação no desenvolvimento da prática de enfermagem e inovação, com recurso a tomada de decisões tendo por base valores da profissão, metodologia de investigação e decisões ético-legais, facilitando a sua implementação no contexto profissional, indo em conta aos objetivos de aprendizagem definidos para os EC, que são:

- Desenvolver competências que permitam intervir integrado na equipa de saúde, na prestação de cuidados de enfermagem especializados, utilizando a metodologia científica, ao indivíduo/família/comunidade em situação de doença, visando a prossecução do seu projeto de vida e de saúde mental/bem-estar;
- Permitir ao estudante o desenvolvimento de cuidados especializados de excelência, integrado na equipa de saúde, na sua área de interesse profissional (comunidade, cuidados diferenciados, cuidados continuados. (Laranjeira & Querido, 2021, p. 6)

tendo como linhas orientadoras, da Ordem dos Enfermeiros (OE), o regulamento nº 356 de 2015 dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental; o regulamento nº 140 de 2019 de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e o regulamento nº 515 de 2018 de competências específicas do EEESMP.

O presente relatório e todo o trabalho desenvolvido no decorrer dos EC tem o intuito de levar a apresentação, discussão pública e consequentemente obtenção do grau de Mestre e EEESMP.



O EEESMP compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do indivíduo, 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 (OE, 2018).

O desenvolvimento e amadurecimento da personalidade do enfermeiro é um dos objetivos do EEESMP tendo por base o pressuposto que exige a adoção de princípios e métodos que facilitem e orientem o processo de solução das dificuldades ou problemas interpessoais diários e tomada de consciência que a postura adotada pelo enfermeiro interfere, de forma direta, no desenvolvimento do indivíduo, da sua aprendizagem durante o processo de cuidados, no decorrer da sua experiência enquanto utente, tornando o mesmo parceiro deste processo.

Também a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (Ministério da Saúde, 2015) refere que:

A estratégia de qualidade é um instrumento inclusivo de todos os intervenientes na cadeia de prestação de cuidados de saúde e uma ferramenta que pretende responsabilizar e distinguir as melhores práticas. Mais qualidade e segurança no sistema de saúde implicam um maior esforço (...) de forma a serem melhoradas as áreas da promoção da saúde e prevenção da doença, dos cuidados antecipatórios e da identificação precoce de fatores de risco. Requer, ainda, o controlo de grupos populacionais de risco e/ou sujeitos a situações de maior vulnerabilidade. (p.13552)

Em Portugal, segundo o Decreto-lei nº 113/2021, de 14 de dezembro, a perturbação mental é a primeira causa de incapacidade entre todas as doenças crónicas, o artigo 3º refere que a prestação de cuidados de Saúde Mental (SM) “deve centrar-se nas necessidades e condições específicas que deles necessitam (...) no meio menos restritivo possível” (p. 106). Representa cerca de 36,1% de incapacidade para as Atividades de Vida Diárias (AVD) na Europa (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2019).

O percurso formativo teve início no último trimestre de 2019, coincidente com um acontecimento - pandemia, à escala mundial e término no primeiro trimestre de 2023.

No final do ano de 2019 chega o alerta, à OMS, da existência de vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, República Popular da China, tendo posteriormente sido denominado como doença por coronavírus 2019, SARS-CoV 2 ou *Coronavírus Disease*, mais conhecido por Covid-19. A 11 de março a OMS caracteriza a Covid-19 como uma pandemia que atinge vários países e regiões em todo o globo.



Em Portugal, a pandemia surge com a confirmação dos dois primeiros casos positivos a 2 de março de 2020 e a primeira morte a 16 de março, obrigando a implementação criteriosa de medidas restritivas por forma a impedir a sua disseminação e adoção de mudanças de hábitos de vida e isolamento social.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) ocorreram 123.396 óbitos, 1.234 só no concelho de Leiria, sendo 7.107 por covid-19, cerca de 5,8% do total de óbitos ocorridos em 2020 (2022, p. 1).

Medidas restritivas tais como isolamento, distanciamento social, restrições na circulação de pessoas, adoção do modelo de teletrabalho, utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), em outros, tiveram um impacto na saúde da população em geral, nomeadamente ao nível da SM, não por consequência direta da infeção viral, mas principalmente pelas alterações sociais e económicas resultantes das medidas adotadas, por parte de cada Governo e País, para controlo e disseminação do vírus.

Este contexto pandémico impulsionou a vivência de diversas perdas, tais como a perda de liberdade, da segurança, de estabilidade, do contacto físico, de suporte social e evidenciou uma ainda maior fragilidade emocional perante a perda de um ente querido, no cuidar de pessoas, sobretudo em situações de fim de vida, e consequentemente a uma alteração na realização de rituais fúnebres.

A perda de um ente querido ou de alguém alvo de cuidados representa uma experiência de sofrimento e maior fragilidade que em contexto pandémico pode desencadear um maior risco de luto prolongado, “as perdas tendem a ser vividas com intensa raiva e revolta, dada a impotência, ausência de controlo e desamparo (...) o constante contacto com a morte, o terror de poder sofrer nova perda e o próprio medo de contaminação intensificam as emoções negativas.” (Gabriel & Paulino, 2021, p. 267).

O Luto é um processo complexo que pode suceder no decorrer do ciclo de vida do indivíduo que se caracteriza pela perda de um ente querido, seja ele familiar, alguém significativo ou de quem cuida, que pode ocorrer em contexto pessoal ou profissional, que inclui manifestações emocionais, físicas, sociais e comportamentos, podendo incapacitar o indivíduo na sua funcionalidade nas diversas dimensões.

O processo de Luto pode dar origem a uma incapacidade funcional do indivíduo em lidar com a perda, a sentimentos negativos prolongados e a não aceitação da mesma até um nível



patológico, caracterizado como sendo um Luto prolongado. A Direção Geral de Saúde (DGS), criou em abril de 2019 um Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em adultos onde defende a importância de uma avaliação da pessoa que vivencia uma perda significativa, no sentido de avaliar o risco de desenvolver Luto prolongado e de acordo com o resultado, o correto encaminhamento por forma a atuar, de forma diferenciada nesse mesmo processo, prevenindo o luto patológico.

Tendo em conta a disfuncionalidade passível de ocorrer, entendo que o escasso envolvimento e acompanhamento aos Cuidadores Formais (CF) no processo de luto, é uma problemática comum nos diversos contextos que carece de atenção. Baseado nesta problemática foi elaborado o meu Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PMCQCE), com o intuito de explorar a perceção dos CF acerca do impacto psicológico decorrente das mortes vivenciadas em contexto pandémico; explorar os significados que os CF atribuem à perda dos utentes em tempos de pandemia; identificar os fatores descritos pelos CF como facilitadores do processo de luto; averiguar os fatores stressores/dificultadores identificados pelos CF no seu processo de luto; identificar as estratégias de coping utilizadas e a perceção da sua eficácia, e avaliar o impacto que tem na SM dos CF, bem como da pessoa em fim de vida e, eventualmente família ou pessoa significativa do mesmo, potenciado pela vivência da situação pandémica e tudo o que isso implica.

Os profissionais de saúde para além de estabelecer uma relação terapêutica estreita dando resposta às necessidades do utente e família, tiveram de experienciar um acréscimo de mortes, não espectáveis em contextos complexos e alteração dos rituais de despedida dos utentes cuidados, desconhecendo como influenciam os processos de luto profissional. Tais acontecimentos também impactaram os CF, pela exposição de diversos fatores de stress físico, emocional e psicológico, tendo desenvolvido processos de luto adaptados à realidade e adoção de estratégias para lidar com o seu próprio sofrimento. A abordagem cabe ao EESMP, através de intervenções psicoeducacionais, socio-terapêuticas, psicossociais e psicoterapêuticas, atuar no âmbito da Promoção de saúde mental, com destaque no controlo de sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais, permitindo um apoio global, com o intuito de acompanhar no processo de luto para que este decorra de forma natural, e atuar igualmente na disfuncionalidade que possa surgir no decorrer de um processo de luto profissional.

Os resultados obtidos permitirão a caracterização do processo social básico do luto profissional em tempos de pandemia, o impacto psicológico nos CP, a identificação de fatores facilitadores



e stressores/ dificultadores do processo, indicando estratégias de coping. Os resultados facilitarão o desenho de intervenções de cariz psicoeducativo e de suporte emocional aos CP, bem como a identificação de estratégias de autocuidado das equipas de profissionais

Este documento é constituído por uma introdução, três capítulos cujo primeiro é composto pela caracterização do contexto da prática clínica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, por uma sucinta descrição do modelo de organização e funcionamento dos diferentes locais de estágio, caracterização e reflexão crítica. O segundo por uma análise crítico-reflexiva sobre a aquisição e desenvolvimento de competências, demonstração das competências adquiridas baseado nos objetivos de aprendizagem dos EC aleado aos objetivos específicos dos projetos delineados e implementados em cada EC. O terceiro pelo PMCQCE no processo de luto dos cuidadores formais em contexto pandémico e considerações finais com análise SWOT, com a identificação do problema, os objetivos, plano de intervenção demarcados, fundamentação sustentada em evidência científica, assente em Modelos Teóricos de Enfermagem e princípios orientadores tais como o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (Regulamento nº 356/2015), o Regulamento de Competências Específicas de Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 515/2018) e o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro de Cuidados Gerais (Regulamento nº 140/2019).

Termina com uma conclusão, caracterizada por uma reflexão que sintetiza este percurso destacando aspetos mais relevantes, os objetivos delineados, dificuldades sentidas e sugestões de melhoria, referências bibliográficas, apêndices e anexos pertinentes.

A metodologia utilizada é descritiva e crítico-reflexiva, com vista a retratar o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista (EE) e Mestre, a eficácia do processo ensino-aprendizagem, espelhar a aplicação do conhecimento científico adquirido em contexto teórico e aplicado em contexto prático e o desenvolvimento de competências especializadas. A formatação rege-se pelas normas da sexta edição American Psychological Association (APA, 2010) e Guião de Elaboração de Trabalhos Académicos da ESSLei (2018).

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Segundo os dados disponibilidades, em 2019, pela OMS, cerca de 1 biliões de pessoas viviam com transtorno mental (World Health Organization, 2022). Em Portugal, as perturbações psiquiátricas têm uma prevalência de 22,9% colocando o nosso país em segundo lugar entre os países da europa (Conselho Nacional de Saúde, 2019).

A SM é a base do bem-estar do indivíduo, no decorrer do ciclo de vida existem acontecimentos que podem comprometer esse equilíbrio e precipitar a Doença Mental (DM), nomeadamente a nível de perturbação da ansiedade ou de depressão. A par destas perturbações mentais mais comuns (anual 22,9%; 42,7% ao longo da vida), existem as DM graves, cerca de 4%, de evolução crónica, que exige cuidados diferenciados e especializados que carecem de internamento (DGS, 2020).

Uma das metas proposta para 2020 que consta no Programa Nacional para a SM de 2017 é promover a criação de “1500 lugares para adultos e 500 para crianças/adolescentes em Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM)” e assim, atingir os objetivos de “apoiar a implementação dos CCISM” e o de “melhorar a qualidade da continuidade de cuidados, da reabilitação e da reintegração das pessoas com perturbações psiquiátricas, nomeadamente as mais graves e incapacitantes” (DGS, 2017, p. 14).

Apesar de ter havido um investimento no sentido de reorganizar os serviços e reformular o quadro normativo, dando privilégio à reabilitação, à reinserção e à integração da SM no Sistema de Saúde, este ficou aquém do espectável em Portugal (Palha & Costa, 2015) e, segundo o decreto-lei nº 113/2021, de 14 de dezembro, essa mesma integração veio a verificar-se escassa, insatisfatória com a agravante assimetria geográfica face a acessibilidade dos mesmos.

As intervenções do EESMP visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a DM (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stresse do prestador de cuidados, promoção da autonomia, entre outros), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família. (Regulamento nº 515, 2018).

Neste sentido surge um novo documento - a Base 13 - da nova lei de Bases da Saúde, aprovada em anexo à Lei nº 95/2019, que estabelece que os cuidados de SM:

devem ser centrados nas pessoas, reconhecendo a sua individualidade, necessidades específicas e nível de autonomia, assim como, evitando a sua estigmatização, discriminação negativa ou desrespeito em contexto de saúde, e devem ser prestados através de uma abordagem interdisciplinar e integrada, prioritariamente ao nível da comunidade. A este nível, cabe ao Estado promover a melhoria da saúde mental das pessoas e da sociedade em geral, designadamente através da promoção do bem-estar mental, da prevenção e identificação atempada das doenças mentais e dos riscos a elas associados. (Lei n° 95/2019, p. 104)

A continuidade de cuidados carece de uma abordagem multidisciplinar bem como de uma abordagem interinstitucional onde deve existir articulação entre os Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH) e os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e exige que se efetivem contactos e se operacionalize a preparação para a alta. (Mendes, Gemito, Caldeira, Serra, & Casas-Novas, 2017).

Segue-se a caracterização dos locais onde decorreram os EC e contextualização das situações vivenciadas em cada momento de estágio que permitiram desenvolver competências e prestar cuidados especializados de EEESMP integrando as diversas equipas de saúde de cada instituição.

1.1. ENSINO CLÍNICO EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO

O primeiro EC decorreu no serviço de psiquiatria de um hospital distrital que é composto por uma unidade de internamento de doentes agudos, uma unidade de ambulatório de consultas externas, apoio domiciliário de enfermagem, serviço social e clínica de tratamento de injetáveis de ação prolongada, prestando igualmente serviço de urgência e a Unidade de Internamento Prolongado em Psiquiatria (UIPP), sendo este serviço onde decorreu o EC em contexto de internamento.

A UIPP localiza-se numa zona rural próximo da unidade hospitalar, presta cuidados de saúde a quarenta e três (43) utentes, divididos em dois (2) pavilhões em regime de internamento, que carecem, na maioria, de apoio sociofamiliar, portadores de patologia mental crónica, predominando a esquizofrenia, perturbações psicóticas e não psicóticas, inclusive abuso de substâncias associado a outras psicopatologias e que necessitam de uma abordagem Holística para seus cuidados, sendo estes assegurados por uma equipa multidisciplinar constituída por



um (1) diretor de Serviço, seis (6) EESMP, sendo que um deles acumula funções de Coordenação do Serviço e dez (10) Enfermeiros Generalistas – afetos à prestação de cuidados diretos, que são prioritários, demonstrando escassez de recursos no que diz respeito a planos e projetos especializados, dois (2) Psiquiatras, dez (10) Assistentes Operacionais, uma (1) Terapeuta Ocupacional, uma (1) Animadora Cultural, um (1) Técnica Superior de Serviço Social e um (1) Assistente técnico.

Nesta Unidade alguns utentes já se encontram internados há cerca de trinta ou mesmo quarenta anos, oriundos de famílias disfuncionais e/ou com escassos recursos para os poder acolher, ou que apresentam inabilidade para serem capacitados para a continuidade dos cuidados, mesmo que a decisão clínica seja uma provável alta. Para outros, a família é inexistente ou encontram-se desenraizados de laços familiares ou de amigos. Esta realidade, segundo a Lei da SM deveria, progressivamente, deixar de existir, mas pelo que foi referido anteriormente, é importante mantê-la ativa para garantir os cuidados aos utentes que não têm família ou instituição que os possa acolher.

A propriedade é composta por cerca de 197.360 m² de área descoberta e 829 m² de área coberta, essa área coberta é utilizada como serviço de apoio ao internamento dos utentes crónicos internados e às atividades agrícolas, existindo, ainda, uma pequena capela destinada a culto religioso católico; a parte descoberta é utilizada como exploração agrícola (horticultura, e fruticultura) e espaço de lazer para os utentes internados.

Sendo a propriedade composta por 5 moradias de casa de habitação, casa de adegas e sótão, cómodos, currais, pátios, eira e respetiva casa, terras de sementeira, pomar, pinhal e eucaliptal, entre outros recursos permite implementar intervenções tais como treino de competências de AVD, de competências individuais, a promoção do contacto com a natureza e desenvolvimento de atividades relacionadas com a agricultura, proporcionando aumento de conhecimento e oportunidade de autonomia na produção de alimentos para posteriormente serem confeccionados, sentido de responsabilidade e gestão de recursos por forma a promover o *recovery*, *empowerment* e qualidade de vida do utente com patologia mental e reintegração na comunidade.

É importante referir que alguns destes utentes, apesar de internados, mantinham-se integrados na aldeia onde existe esta instituição, era permitido ir ao café ou a mercearia, com a pandemia esta integração ficou comprometida, isolamento forçado e tudo o que está subjacente a este, que carece de intervenção e treino de competências pessoais e sociais para reintegração.



Ao longo dos anos, o Conselho de Administração do Hospital local tem vindo a promover a manutenção e a melhoria das instalações, conferindo melhor e mais digna qualidade de vida aos seus utentes e melhores condições de trabalho aos seus funcionários.

O modelo teórico utilizado como orientador para a prática assenta na teoria das relações interpessoais de Peplau, em que o indivíduo é um elemento ativo no seu processo de cuidados e o enfermeiro o aliado e orientador nesse processo. Os fatores predisponentes à aprendizagens e mudanças positivas têm por base essa relação interpessoal. É através dela que se dá o envolvimento e interação destes dois intervenientes tendo como objetivo comum o crescimento do utente, ser único, fonte de múltiplas experiências, bem como o crescimento pessoal e profissional do enfermeiro.

Na perceção da teórica, o enfermeiro generalista estabelece uma relação terapêutica com o utente que necessita de cuidados de saúde e um enfermeiro com formação especializada que reconhece e responde às necessidades de forma diferenciada.

O papel do enfermeiro centra-se na promoção da saúde mental, na prevenção, na ajuda ao utente a enfrentar situações geradoras de stress e pressões, e na capacidade de assistir o utente, sua família e comunidade, ajudando-os a encontrarem estratégias para irem ao encontro de um novo equilíbrio. Para tal, deve usar a perceção e a observação, formular diagnósticos, delinear campos de ação com tomada de decisões, planear a assistência, avaliar as condutas e o desenvolvimento do processo.

Os diagnósticos clínicos mais comuns nesta unidade são a bipolaridade, depressão major e perturbações por uso de substâncias sendo a de maior prevalência, cerca de 80%, a esquizofrenia. A Esquizofrenia é uma perturbação mental grave e crónica afetando mais de 20 Milhões de pessoas em todo o mundo. É caracterizada por alterações do pensamento, perceção, emoções, linguagem, sentido de *self* e comportamento. Frequentemente associada a alucinações e delírios (WHO, 2019), impossibilitando o indivíduo de distinguir experiências reais das irreais (APA, 2013), e uma das mais prevalentes nesta instituição.

A etiologia da patologia ainda é desconhecida, embora haja evidências de que o consumo de substâncias, fatores psicossociais e fatores hereditários influenciam o desenvolvimento da esquizofrenia (Queirós, Coelho, Linhares & Telles-Correia, 2019).

De acordo com a taxonomia de enfermagem (CIPE®) (ICN, 2019) destacam-se os seguintes diagnósticos: alteração do conteúdo do pensamento (delírio); alteração do conteúdo da perceção



(alucinação); alteração da cognição (ideação suicida); alteração do comportamento (agressividade); alteração do humor (tristeza); aceitação do estado de saúde comprometido; socialização comprometida; não-adesão ao regime terapêutico; e a ansiedade. O método de trabalho implementado no serviço é o método individual, assumindo o enfermeiro a responsabilidade do cuidar integral dos clientes que lhe são afetados para a jornada de trabalho (manhã, tarde ou noite). A admissão dos utentes é feita por transferência intra-hospitalar (oriundos do internamento de agudos), hospital de dia ou inter-hospitalar. O sistema de informação de apoio à prática clínica em utilização é o SClínico.

Os sintomas da esquizofrenia dividem-se em sintomas positivos que dizem respeito a alucinações, delírios paranoides, distorções da perceção, crenças e comportamentos (Queirós et al., 2019), e sintomas negativos sendo os mais frequentes a redução da expressão emocional e a avolia (diminuição da motivação em iniciar e terminar ou participar em atividades). (APA, 2013). Adicionalmente estão também incluídos, a alogia (discurso diminuído), a anedonia (incapacidade de retirar ou de relembrar a sensação de prazer das experiências anteriormente vividas) e o isolamento social (Queirós, Coelho, Linhares & Telles-Correia, 2019).

Com o intuito de desenvolver competências específicas do EEESMP, promoção de evolução pessoal e profissional, no acompanhamento no processo de *recovery* e dar resposta a outro dos objetivos delineado para este EC, a elaboração de um estudo de caso, foi escolhido, dentro das sugestões apresentadas, um utente em processo de *recovery* e *empowerment*, delineando um plano de intervenção individual e personalizada com o intuito de capacitar o mesmo para a reintegração na comunidade.

O papel do enfermeiro EESMP deve ter por princípio as questões de recuperação da pessoa dando ênfase à *recovery* (recuperação) e ao *empowerment* (empoderamento), os quais têm repercussões positivas inequívocas na qualidade de vida da pessoa e da comunidade (OE, 2021). Neste âmbito o estudo de caso, e especificamente ter desenvolvido uma relação terapêutica e um processo de cuidados com este utente, permitiu desenvolver intervenções na preparação para a alta e a estimulação das funções cognitivas (orientação, atenção, concentração, memória, organização, raciocínio, funções executivas), com o intuito de melhorar o funcionamento cognitivo e social, bem como capacitar o individuo internado numa UIPP a reintegrar a comunidade com apoio da família e dos diversos recursos existentes, nomeadamente o CSP e CSH e alcançar a sua autonomia na mais diversas dimensões.



Transitar de um internamento numa UIPP para a comunidade revela-se um desafio e processo difícil em assumir a sua vida na sua plenitude para quem o está a experienciar (Redding, Maguire, Johnson & Maguire, 2017). O regresso à comunidade revela a vulnerabilidade do indivíduo e pode-se revelar uma sobrecarga pelos desafios com os quais pode vir a confrontar-se no domicílio, pelas dificuldades em readaptar-se, que caso não saiba gerir, pode levar a novo internamento (Hegedus, Kozel, Fanklauser, Needham & Behrens, 2018).

Com o intuito de prevenir um possível reinternamento é fundamental providenciar ao utente e seus familiares/cuidadores, através do enfermeiro de referência, um plano de atividades para desenvolver ao longo do tempo, as consultas de acompanhamento e *follow up* necessárias e assim garantir o apoio e suporte necessário, a sua reintegração na comunidade e a continuidade de cuidados.

De realçar, que a preparação da alta, apesar de fulcral para um processo de reaquisição e/ou manutenção de competências sociais (Smith et al., 2020), foi fortemente condicionada pela crise sanitária, nomeadamente no que diz respeito ao envolvimento da família neste processo.

1.2. PRÁTICA CLÍNICA EM CONTEXTO COMUNITÁRIO

Segundo o Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, os Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES) são serviços públicos, com autonomia administrativa, composto por diversas unidades funcionais reunindo um ou mais centros de saúde, cuja missão é garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica.

Os Centros de Saúde desenvolvem vários programas de saúde, nomeadamente no âmbito da saúde do adulto com consultas de medicina geral e familiar, consultas de diabetes e hipertensão arterial; no âmbito da saúde da mulher através da vigilância da saúde da mesma e do casal nas diversas etapas do ciclo reprodutivo (adolescência, planeamento familiar, saúde materna, rastreio do cancro da mama e colo do útero, menopausa); no âmbito da saúde infantil e juvenil com vigilância e promoção da saúde da criança e jovem nas diferentes etapas de desenvolvimento, consultas médicas e de enfermagem, vacinação, de acordo com as diretrizes da DGS e as necessidades da criança, pais e família;

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2007-2016 a SM é um dos principais focos de atenção dos CSP sendo o primeiro nível de resposta para o diagnóstico e tratamento da DM.



Os cuidados de saúde prestados nos CSP permitem a identificação precoce de perturbações mentais, seu tratamento, em algumas situações, a gestão em situações de DM estabilizada, a referenciação se necessário, a atenção às necessidades de SM em utentes perante um diagnóstico de ou com patologia crónica e acima de tudo no âmbito da promoção da SM e prevenção da DM.

No âmbito da Saúde Escolar, dando resposta as recomendações do Plano Nacional de Saúde Escolar, o EEESMP tendo um papel especializado e diferenciado em todas as áreas de intervenção, desenvolve ações psicoeducativas; no âmbito da visitação domiciliária pode proceder a um diagnóstico diferenciado e integrar a equipa multidisciplinar, delineando intervenções à nível preventivo, curativo e promotor da saúde na comunidade; no acompanhamento à grávida e na avaliação precoce de possível depressão pós-parto ou baby blues; no acompanhamento a crianças e adolescência, período conturbado em que o indivíduo desenvolve a sua personalidade e igualmente de grande vulnerabilidade; no adulto que vivencia tantas transições nem sempre de forma “natural” e onde atua por forma a promover a SM ou a autonomia perante a DM.

Os profissionais de saúde que exercem sua atividade nos CSP prestam cuidados de acordo com o seu perfil de competências ao indivíduo, família e comunidade de forma singular, contínua e globalizante.

O segundo EC decorreu numa UCC, pertencente a um ACES e integrada na Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro, cuja área geográfica de abrangência inclui as diversas Unidades Funcionais tais como Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). Tem como Parceiros Comunitários a Câmara Municipal local; Juntas de Freguesia; uma Associação para o Desenvolvimento Comunitário; Escolas do parque escolar da UCC; Centro Hospitalar local e Unidade Coordenadora Funcional de Reumatologia.

A UCC é constituída por uma equipa multidisciplinar composta por EE nas diversas áreas (Enfermagem Comunitária; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Enfermagem de Reabilitação), Enfermeiro de Cuidados Gerais (ECG) e Médico a tempo integral, bem como Fisioterapeuta, Técnica Superior de Serviço Social, Psicólogo e Assistente Técnica a tempo parcial. Cada elemento, tendo em conta a sua especialidade, atua de forma autónoma, contribuindo para a promoção da saúde e bem-estar dos utentes e famílias referenciados, depois de ser discutindo cada caso nas reuniões de equipa.



Especificamente na UCC, o EESMP acompanha o desenvolvimento individual e familiar ao longo do ciclo de vida e assistem no surgimento da maioria das perturbações mentais, tratando-se de reações adaptativas ou de descompensações psicóticas inaugurais com necessidade de referenciação para os cuidados psiquiátricos, daí a necessidade de intervir em articulação com diversas instituições nomeadamente com o Núcleo de Apoio a Criança e Jovens em risco e a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, Centro Hospitalar local, Segurança Social, Projeto Viver Melhor, Juntas de Freguesia e restantes unidades de saúde que compõem o agrupamento onde está integrado.

Quanto a projetos em curso no âmbito da SM e desenvolvido pelo EESMP existe o programa “Intervenção Comunitária em Saúde Mental” desenvolvendo ações de prevenção da DM e de promoção da SM na população adulta, na infância e adolescência; realizando ações de sensibilização, informação e formação dirigidas à comunidade, profissionais, utentes e famílias; tem o intuito de aumentar os registos do estado de SM dos utentes ativos dos CSP e melhorar a qualidade de tratamento das perturbações psiquiátricas, nomeadamente ansiedade e a depressão e a acessibilidade dos utentes aos CSP, indo de encontro as metas definidas no Programa Nacional de SM de 2017.

Das metas definidas no Programa Nacional de SM (2017) destacam-se a necessidade de aumentar em 25% o registo das perturbações mentais nos CSP, inverter a tendência da prescrição de medicamentos para o tratamento de ansiedade e aumentar em 30% o número de ações de promoção de saúde e literacia em saúde mental (DGS, 2017).

O mesmo documento apresenta dados relacionados com registo de perturbações depressivas, demência e perturbações da ansiedade entre os utentes ativos em CSP por região de saúde em termos percentuais onde a região centro regista, em 2016, 11,14% (similar a outras regiões), 0,87% e 7,35% respetivamente, dados que caracterizam a importância de foco de intervenção para este problema.

Tal programa é composto por diversos projetos, envolvendo recursos e entidades parceiras da comunidade, tais como: “Informar para consciencializar”; “Aprender a lidar com a ansiedade” com a criação de um grupo terapêutico; “Cuidar do Cuidador”; “Saúde Mental na InPulsar”; “Saúde Mental em Ligação com a Comunidade”; para além das consultas de Enfermagem de Saúde Mental.



Segundo a DGS (2017) os problemas de SM e as perturbações psíquicas são uma das principais causas de morbilidade e a principal causa de incapacidade da atualidade, causando sofrimento psíquico e condicionam as capacidades produtivas e relacionais de quem padece delas (Almeida, 2018).

O mesmo autor acrescenta ainda que os cuidados de SM na comunidade devidamente articulado com os cuidados de internamento hospitalares, devendo as situações de necessidade de internamento ocorrer num serviço de psiquiatria de hospitais gerais, de carácter curto, se possível, assegurando o tratamento adequado quando coexistam doenças físicas, tornando-se menos estigmatizante para o utente e assim assegurar um acompanhamento efetivo a casos de doença mental grave ou agudizada e dar apoio aos CSP a gerir casos de gravidade ligeira a moderada.

Através do projeto “Saúde Mental em ligação com a comunidade” e com o intuito de assegurar melhor resposta terapêutica entre serviços com intervenção em SM, articulando com o serviço de Psiquiatria Comunitária do Hospital (H), no âmbito das reuniões de consultadoria e psiquiatria realizadas nos CSP, sendo a EEESMP responsável por este projeto e elo de ligação entre a UCC e a Unidade onde está integrada, bem como as restantes instituições e estruturas de apoio existentes na comunidade no âmbito da SM, nomeadamente para supervisão, discussão de casos clínicos e/ou realização de outras atividades conjuntas.

Estudos revelam que cuidar do indivíduo com DM pode apresentar aspetos positivos para o Cuidador Informal (CI) tais como satisfação no cumprir o papel de cuidador, mas pode igualmente levar a sobrecarga com impacto na sua qualidade de vida (Araújo et al, 2019). Essa sobrecarga surge quando as condições físicas, emocionais, sociais e financeiras são inadequadas às necessidades do CI, manifestando-se a nível físico e psicológico (depressão, ansiedade, entre outros) que carece igualmente de cuidados, mas deve ser encarado como parceiro de cuidados ou recurso.

Por forma a dar resposta as necessidades aos cuidados ao CI, em articulação com os serviços locais de apoio domiciliário à pessoa dependente e as unidades funcionais da área de abrangência da UCC, foi elaborado o projeto “Cuidar do Cuidador” com o intuito de ensinar da o CI sobre promoção de SM e gestão de stress, capacitar o mesmo para a gestão de stress subjacentes à prestação de cuidados ao seu familiar e garantir a satisfação com as intervenções realizadas promovendo a autorrealização e autossatisfação no papel de cuidador.



Tendo em conta a vulnerabilidade das situações de maior gravidade, pela incapacidade significativa a nível AVD, sendo as mais frequentes a perturbação bipolar e a esquizofrenia, tais situações carecem de acompanhamento mais próximo, na comunidade e assim manterem-se integrados. Posto isto, tantos os utentes com patologia psiquiátrica, bem como, seus cuidadores devem ser associados na prestação dos cuidados de SM, envolvê-los na participação dos mesmos e, se necessário, receber informação e educação (Comissão Europeia, 2016).

O projeto “Saúde mental na Impulsar” tem o objetivo de promover a SM e prevenir a DM da população vulnerável da área de abrangência e acompanhada pela Associação Impulsar, por forma a contribuir para a redução do abuso do álcool e para a eficácia da gestão do regime terapêutico através da realização de intervenções psicoterapêuticas, psicoeducativas, socio terapêuticas e psicossociais em grupo, especificamente no grupo de aconselhamento face ao uso do álcool, no grupo de adesão à terapêutica e no grupo denominado “Giros à conversa”. De realçar que a cooperação incide igualmente noutras atividades decorrentes das necessidades avaliadas relacionadas com a SM

A manutenção da integração na comunidade do indivíduo portador de DM nem sempre é atingível, sendo um dos principais problemas no tratamento da DM, bem como a aceitação, por parte do mesmo e dos familiares, que pode, igualmente, influenciar negativamente a procura de cuidados diferenciados nas diversas instituições de saúde no âmbito da saúde mental ou manutenção de cuidados devido ao estigma, por parte da sociedade em geral, que existe relativamente a DM e principalmente em relação aos serviços de psiquiatria.

Um dos recursos utilizados para promover a acessibilidade e aceitação da sua condição clínica é a visita domiciliária onde é possível efetuar um acompanhamento individualizado, influenciando o envolvimento do utente e seus cuidadores no processo de tratamento.

Os cuidados de enfermagem prestados ao utente, família e comunidade nos CSP têm caráter de continuidade e globalidade, acompanhando os mesmos desde o nascimento até a morte, e em situações específicas referenciadas para os cuidados de enfermagem diferenciados, EE e outros profissionais que constituem a UCC, dando resposta individual e especializada. O encaminhamento do utente é feito essencialmente pela referenciação do mesmo pelo enfermeiro de família ou médico assistente, mas também pode advir de um pedido por parte de alguma outra instituição ou associação existente na comunidade, como por exemplo por parte da comunidade escolar ou instituição de caráter social de utentes.



Tal referenciação permite ao EEESMP centra-se na ajuda ao utente a enfrentar situações geradoras de stress e pressões, assistir o utente, sua família e comunidade, ajudando-os a encontrarem estratégias para irem ao encontro de um novo equilíbrio, para tal, deve usar a perceção e a observação, formular diagnósticos, delinear campos de ação com tomada de decisões, planear a assistência, avaliar as condutas e o desenvolvimento do processo ou encaminhar para os cuidados psiquiátricos.

De acordo com à taxonomia de enfermagem (CIPE®) (ICN, 2019) destacam-se os seguintes diagnósticos: comportamento alimentar comprometido; risco de comportamento autodestrutivo alteração do comportamento (agressividade); alteração do humor (tristeza); aceitação do estado de saúde comprometido; socialização comprometida; não-adesão ao regime terapêutico; a ansiedade; stress do cuidador por sobrecarga; processo de luto comprometido. A prática de enfermagem assenta no modelo teórico do autocuidado de Dorothea Orem, promovendo a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar do individuo.

É importante referir que no decorrer deste EC surgiram alguns contratemplos, o primeiro a necessidade de o interromper, por motivos profissionais, embora não tenha sido uma decisão fácil, muito ponderada, mas necessária, tendo este iniciado há 3 semanas (no decorrer do mês de setembro) e inclusive ter tido oportunidade de estabelecer o primeiro contacto com a utente com a qual tinha iniciado uma relação terapêutica e me permitiu elaborar o Estudo de Caso Clínico (ECC), tendo regressado em janeiro (4 meses depois). Outro contratempo foi a necessidade de ausência por doença Covid-19 quer da EO quer minha que igualmente influenciou e determinou nova reformulação cronológica de intervenções delineadas quer no contexto de saúde escolar quer com as sessões de intervenção individual com a utente do ECC. Para honrar os compromissos que assumi haverá, inclusive, necessidade de prolongar este mesmo EC para além da data prevista, tendo feito o pedido para o devido efeito, acrescentando ainda uma sessão de *follow up* com a utente do ECC, com distanciamento de 1 mês para avaliação das intervenções implementadas.

É ainda importante mencionar que a interrupção que ocorreu suscitou em mim uma necessidade de procura de estratégias para manter a motivação, permitiu igualmente reorganizar a minha vida profissional, honrar compromissos que tinha assumido anteriormente a minha contratação para o Centro de Vacinação e intervir ativamente neste processo massivo de combate a pandemia, foi de suma importância ter mantido o contacto com a EO e lhe ter sido permitido dar continuidade do EC no mesmo local de estágio.



O retomar a relação terapêutica com a utente do ECC foi igualmente um fator positivo tendo em conta que vai de encontro ao meu projeto de melhoria contínua, o processo de luto, tendo eu própria vivenciado este processo no decorrer desta pandemia e tomado consciência do impacto e condicionantes que esta mesma pandemia teve no que diz respeito ao acompanhamento e devida homenagem ou rituais fúnebres causando sofrimento e prolongando a dor da perda aos familiares e amigos enlutados, bem como o devido apoio que tal situação carece, por isolamentos forçados e impedimento do contacto físico (abraço, toque) pelo risco de contágio.

O EEESMP, no desenvolvimento das suas competências específicas, tem como principal objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção da pessoa em processo de luto, promovendo a recuperação e a qualidade de vida da pessoa (OE, 2018).

Neste sentido, “a enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (OE, 2018, p. 21427), nomeadamente em contexto pandémico e todas as condicionantes que isso implica.

A aceitação incondicional, a empatia e a capacidade de não julgar o outro são características que o enfermeiro deve ter (Coelho, 2020), tendo adotado como estratégia validar a informação partilhada aquando do 1º contacto em setembro, contextualizar situações que foram ocorrendo nesse período por forma a proceder a colheita de dados e avaliação do estado mental da utente e o processo de luto, nesta 1ª sessão, validando com a mesma a informação partilhada e permitindo a partilha das situações e sentimentos que despoletaram nela a necessidade do pedido de ajuda. Na 2ª sessão, no decorrer da elaboração do genograma e ecomapa houve abertura para a partilha de emoções e de necessidade de mencionar novos acontecimentos que deram origem ao afastamento da cunhada e conflito com as filhas, dando início a relação de ajuda, baseada na confiança, permitindo delinear conjuntamente um plano de cuidados.

A promoção da relação de ajuda, como instrumento terapêutico, foi sendo construída através do desenvolvimento das técnicas de relação de ajuda, escuta ativa, comunicação terapêutica, assertividade positiva, tendo delineado e executado abordagens psicoeducativas e psicoterapêuticas em particular com a utente alvo do meu estudo de caso, tendo em conta manifestações de ansiedade, culpa, as alterações do humor, baixa autoestima e a incapacidade de interagir de modo satisfatório com o próprio ou o ambiente que o rodeia.



As intervenções foram delineadas com enfoque no processo de luto disfuncional, tendo sido elaborado um programa de 7 sessões, abrangendo intervenções psicoeducativas sobre o processo de luto, as diferentes fases que o caracterizam e a diferença entre sentimentos e emoções; sobre a ansiedade, fatores desencadeadores e fatores protetores, sinais e sintomas e estratégias para controlo da ansiedade, nomeadamente técnicas de relaxamento; sobre a insónia e adoção de estilos de vida saudável, intervenções psicoterapêuticas e psicossociais, através de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).

As intervenções de enfermagem implementadas tiveram como objetivos melhorar a autoestima, estimular a autoconfiança, de forma a gerir melhor este processo de luto; compreender o processo de luto e identificar as fases superadas e em que fase se encontra; compreender e adquirir estratégias para gerir a ansiedade no dia a dia; obter conhecimentos sobre importância do autocuidado e de incluir nas suas rotinas diárias hábitos de vida saudável.

No decorrer deste EC foi possível desenvolver e aplicar padrões de conhecimentos sólidos e válidos adquiridos através do aprofundamento teórico das alterações de saúde mental identificadas. Elaborar e desenvolver um plano de cuidados adequado à situação utilizando a taxonomia CIPE®, tendo exigido atualização de conhecimentos, execução de intervenções e elaboração de uma análise reflexiva sobre o impacto das mesmas, avaliando a sua eficácia e os sentimentos produzidos na relação estabelecida e desenvolvendo um processo de autoanálise crítica e reflexiva contribuindo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

1.3. PRÁTICA CLÍNICA EM CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS

O terceiro EC decorreu no Centro de Respostas Integradas (CRI) integrado na Administração Regional de Saúde (ARS) cujas intervenções visam implementar respostas de proximidade ao indivíduo em processo de transição da dependência para a autonomia, em articulação com os parceiros locais e nacionais, encaminhamento para estruturas de internamento, comunidades entre outras.

É dotado de autonomia administrativa, que tem por missão promover a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências. Reúne competências técnico-normativas no que respeita à intervenção, planeamento e avaliação no âmbito de programas de redução do consumo de substâncias



psicoativas e na prevenção dos comportamentos aditivos e nas dependências (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, s.p.)

O CRI em causa divide-se em 3 Equipas de Tratamentos (ET), anteriormente designadas de Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT), são instituições estatais pertencentes à ARS que agrupam um conjunto de profissionais com formação diversificada, possibilitando uma intervenção multidisciplinar na área assistencial das toxicodependências. Este centro é distribuído pelas ET em três cidades diferentes do Distrito. Tem como Parceiros Comunitários a Câmara Municipal; Juntas de Freguesia; Associações de Solidariedade Social; Centro Hospitalar local e Centro Hospitalar Psiquiátrico de outra região; Estabelecimentos Prisionais locais; Comunidades Terapêuticas; Centro de Acolhimento nas áreas: Social, Educação e Saúde.

A equipa que integrei é composta por EE de diversas áreas (de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Enfermagem de Reabilitação, de Enfermagem Médico-cirúrgica e de Enfermagem Comunitária), ECG, Assistentes Sociais, Psicólogas, Assistente Técnicos a tempo integral e Médicos a tempo parcial.

O EEESMP atua em situações agudas ou de recaída, abandono do regime terapêutico, situações de crise, intervém em situações de controlo de ansiedade, em situações de necessidade de reavaliação do regime terapêutico, identificação de potenciais riscos e/ou perante um diagnóstico de doença inesperado.

A problemática das dependências tem vindo ao aumentar nos últimos anos, nomeadamente com a pandemia em que veio revelar uma franja da sociedade já carenciada (SICAD,2021) tornando-a ainda mais vulnerável. Trata-se uma questão de saúde pública, pois tais dependências (sejam elas de consumo de substâncias psicoativas, de álcool, jogos) conduzem a comportamentos desadequados e abusivos, consequentemente a comorbilidades físicas e psíquicas, isolamento social, situações socioeconómicas desfavoráveis e adoção de comportamentos comprometedores podendo inclusive conduzir à privação da própria liberdade.

O fenómeno de dependências e de comportamentos aditivos representa um desafio da sociedade moderna, pelo forte impacto na qualidade de vida do indivíduo, cujo comportamento se torna um problema (Maglione et al., 2018), bem como os recursos necessários para auxiliar na recuperação, minimizar as consequências e para fazer face ao impacto social que ele provoca (Diniz et al., 2015).



A maioria dos utentes deste centro já se encontram em processo de transição da dependência há mais de 5 anos, tendo inclusive sido proposto outros tipos de intervenções, nomeadamente internamento para desintoxicação.

A evolução e condição de saúde do indivíduo tendem a deteriorar-se ao longo da vida, levando a necessidade de acompanhamento especializado com programas terapêuticos longos e complexos, com constantes adaptações a diversos níveis, procurando estimular a adoção de estratégias tais como: o coping, a adesão terapêutica e controlo do impulso (Carew & Comiskey, 2018).

A adoção de comportamentos de risco, associado ao uso abusivo de substâncias, pode dar origem ao surgimento de outras patologias, nomeadamente Hepatites, Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e o consumo prolongado dá origem uma debilidade a nível da imunidade sendo mais suscetíveis de doença do foro respiratório, doença renal crónica, doença hepática levando a deterioração do indivíduo, presente em muitos dos utentes em tratamento neste centro. A falta de dentição é uma característica presente bem como a fragilidade da condição física e psíquica.

A intervenção das equipas terapêuticas e especificamente do EESMP como enfermeiro de referência, com os indivíduos que têm padrões de consumo múltiplo e de risco, são imprescindíveis nos processos de adaptação para promover a ajuda necessária, para lidar com os problemas associados, comorbilidades físicas e psicológicas, minimizar os seus impactos e melhorar a qualidade de vida dos mesmos (Comiskey et al., 2019; Noe & Keller, 2020), isto é o EESMP estabelece uma relação de ajuda com o utente e assume o papel de facilitador, que orienta e apoia em cada etapa do processo com o intuito de resolver os problemas e assim, alcançar os objetivos previamente negociados, numa situação de crise ou problemática que possa desencadear um impulso para o consumo, facultando-lhe estratégias para lidar com situações stressores e evitar recaída, orientar para promoção das suas capacidades e detetar o sentido da sua existência.

Os cuidados de enfermagem, no processo de transição da dependência para a autonomia do indivíduo torna-se um desafio acrescido no estabelecimento de uma relação interpessoal, entre o enfermeiro de saúde mental e o indivíduo, uma vez que é exigido ao próprio EEESMP que se mobilize enquanto ferramenta terapêutica, tendo influência direta nos resultados obtidos (Guimarães & Silva, 2016). O EEESMP assume o papel de gestor de caso, de aliado e



orientador neste processo de transição, assente no modelo teórico das relações interpessoais de Peplau, e o utente elemento ativo no seu processo de cuidados.

O Enfermeiro que assume o papel de gestor de caso, neste centro, é habitualmente o enfermeiro, preferencialmente o EEESMP, que acolhe o utente e com ele estabelece uma relação terapêutica. No momento do acolhimento é explicado ao utente os procedimentos que irão ocorrer, nomeadamente o controlo, através de testes de rastreio (o despiste de consumos de substâncias, VIH), e mediante o contrato terapêutico estabelecido pode dar início ao programa de tratamento com agonista opiáceo (PTAO) Metadona, se for o caso.

O EEESMP define um plano de intervenção mediante a avaliação efetuada e planeia diversas intervenções individualizada dando resposta as necessidades do utente, nomeadamente psicoeducativas para fomentar a adesão do plano terapêutico proposto, psicoterapêuticas com o intuito da gestão do impulso para o consumo, gestão da ansiedade. Atua numa situação de crise ou medeia juntos dos diversos elementos da ET sempre no âmbito da promoção da saúde, adesão e manutenção da transição da dependência para a autonomia.

Neste sentido, “a enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (Regulamento nº 515, 2018, p. 21427).

Desta forma, o EEESMP, no desenvolvimento das suas competências específicas, tem como principal objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção da pessoa em processo de tratamento de dependências, promovendo a recuperação e a qualidade de vida da pessoa (Regulamento nº 515, 2018).

A oportunidade de poder acompanhar e intervir, delineado um programa com diversas sessões psicoeducativas, no âmbito da adesão ao regime terapêutico, técnicas de relaxamento para controlo da ansiedade, do controlo do impulso para o consumo e promoção para adoção de hábitos de vida saudáveis, psicoterapêuticas com treino de diversas técnicas de relaxamento, intervenções no âmbito do reforço positivo para a promoção da saúde e adoção de hábitos de vida saudáveis, nomeadamente a prática do exercício físico. Todas estas intervenções permitir mobilizar conhecimentos adquiridos em contexto teórico, pesquisa e reflexão, criar uma relação terapêuticas com os utentes e consolidar competências como EEESMP.



As intervenções terapêuticas de enfermagem podem ser entendidas como uma ação interventiva continuada no decorrer deste processo de transição. Devem proporcionar conhecimento e capacidade àqueles que o vivenciam, desencadeando respostas positivas às transições, capazes de restabelecer a sensação de bem-estar (Guimarães & Silva, 2016).



2. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo estará presente uma análise reflexiva sobre o percurso realizado no decorrer dos diversos EC no âmbito da aquisição e desenvolvimento de competências comuns do EE, das competências do EEESMP, bem como o aumento de conhecimentos com vista à obtenção do título de especialista e obtenção do grau de Mestre, com recurso à investigação, à prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos da profissão.

A reflexão é uma ferramenta vital para o processo de aprendizagem do enfermeiro, sendo que a experiência só molda a prática se existir reflexão e uma planificação das nossas práticas de acordo com uma análise de intervenções e prestação de cuidados diárias. Segundo Peixoto e Peixoto (2016) a prática reflexiva é vista como uma habilidade importante para o desenvolvimento profissional, pois permite que o mesmo se torne auto consciente e preste cuidados diferenciados.

É ao refletir sobre a prática que se explora e adquire competências, se toma consciência das ações, e se consegue articular a teoria com a prática de enfermagem. A capacidade de refletir e de avaliar o desempenho e a postura pessoal é a forma de se conseguir aprender com os erros, mas também com os sucessos. Ou seja, é refletindo e avaliando o significado e o valor das intervenções desenvolvidas que se cresce enquanto enfermeiro e pessoa, subjacente ao modelo de Gibbs: a descrição leva a pensamentos e sentimentos dando origem a uma avaliação e análise e posteriormente a uma conclusão que irá permitir a ação.

O enfermeiro pertence a um grupo profissional privilegiado no que diz respeito à tomada de decisão, pelo contacto direto que tem com o indivíduo de quem cuida ao longo das várias etapas do ciclo da vida, baseado no compromisso de cuidar de modo a promover a qualidade de vida e o bem-estar daqueles de quem cuida (Nunes, 2016).

O EEESMP possui competências diferenciadas que fui adquirindo ao longo do meu percurso no desenvolvimento dessas mesmas competências que irão permitir cuidar o indivíduo, família e comunidade de forma a promover o bem-estar e a qualidade de vida de quem alvo de cuidados, bem como maior conhecimento de si próprio.

Tendo por base o modelo teórico de Benner a aquisição e evolução do desenvolvimento de competências do enfermeiro assentam nas experiências vivenciadas, promovendo a construção de referenciais sólidos em que o enfermeiro especialista promove e desenvolve intervenções



com visibilidade, acompanhadas de conhecimento e de capacidade de recolher, analisar e tomar decisões (Martim, 2017).

A oportunidade de vivenciar situações em diferentes contextos associados a experiência profissional proporciona por si só a oportunidade de desenvolver competências, porém a formação diferenciada permite ao enfermeiro alargar o seu core de competências pelo desenvolvimento dos diferentes saberes – saber ser, saber-estar, saber-saber, saber-fazer e saber-transformar (Kaas, 2019).

O meu processo de aprendizagem, apoiada na evidência científica, experiência e prática assenta sobre a teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau e a teoria de Autotranscendência de Pamela Reed, permitindo igualmente a aquisição de competências de mestre com o desenvolvimento e aprofundamento de conhecimentos apreendidos anteriormente bem como o desenvolvimento do Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade de Cuidados de Enfermagem sobre o Processo de Luto dos Cuidadores Formais em contexto pandémico.

A pertinência do tema tendo em conta a vivência de uma perda em contexto anómalo (pandémico) é passível de dar origem ao desenvolvimento de um processo de luto disfuncional que carece de intervenção diferenciada. Pela escassez de estudos neste âmbito foi motivo para a procura de mais evidência científica e aumento de conhecimento tendo frequentado o curso avançado de intervenção no luto no ciclo de vida e formação “Quando os filhos desafiam: como fazer? – educar o carácter; Pressões: *influencer* ou influenciado? *Sexting* e pornografia: diversões inocentes?”.

Tive ainda oportunidade de participar no I e II Congresso “Mais Acesso, melhor saúde: Capacitar populações vulneráveis” como coautora do póster “Intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental no cyberbullying em adolescentes LGBTI+” e como apresentadora e coautora do póster “O Processo de Luto dos cuidadores formais em contexto pandémico: protocolo de estudo qualitativo”, respetivamente.

A temática *Bullying* desenvolvida em contexto académico para além de partilhado em congresso, deu origem a um convite, por parte de uma escola da região, para colaboração futura num projeto escolar sob o título “Juntos conseguimos... dias diferentes” para realizar sessões psicoeducativas aos alunos do 3º ciclo. Tal convite foi aceite por considerá-lo revelador da importância das intervenções de EEESMP que realizei e da valorização que foi conferida pelos envolvidos.



A sessão terá o título de “STOP Bullying” e no decorrer dessa sessão será discutido o bullying e diversos tipos de bullying, com o intuito de incentivar a adoção de atitudes positivas de inclusão e aceitação, sensibilização para a não discriminação, deteção de possíveis casos de vítima e/ou agressor, identificação de recursos de pedido de ajuda, exploração estratégias para lidar com situações adversas, promovendo competências para a resolução não-violenta de conflitos.

Assim, com esta participação/colaboração o meu objetivo principal é o de me manter em constante desenvolvimento de competências especializadas, rentabilizando as oportunidades de aprendizagem, usando as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados e assegurando a formulação e a implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica." e como apresentadora e coautora do póster “O Processo de Luto dos cuidadores formais em contexto pandémico: protocolo de estudo qualitativo”, respetivamente.

2.1. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A qualidade dos cuidados de enfermagem assenta sobre o exercício seguro, profissional e ético, tendo o enfermeiro o dever de procurar nos seus atos o exercício de excelência. Um dos domínios das competências comuns do EE assenta num elevado conhecimento ético-deontológico, que lhe permite manter essa excelência e atuar nos diversos contextos da sua prática.

O perfil do EE e as competências que o caracterizam carecem de descrição e definição de conceitos presentes no Regulamento nº 140/2019, sendo a definição de competências comuns caracterizadas como sendo as que são comuns a qualquer EE, “independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (p. 4745).

Desta forma a certificação confere que o EE possui competências que mobiliza para atuar em todos os contextos do individuo ao longo do ciclo vital mobilizando conhecimento, capacidades e habilidades dando resposta as necessidades do mesmo.

Cada competência descrita estará identificada com a letra A, B, C e D seguido de um dígito como forma de identificar unidades de competência e critérios de avaliação.

2.1.1 Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal o EEESMP deve desenvolver uma prática profissional no seu campo de intervenção e promover práticas de cuidados respeitando os direitos humanos e responsabilidades profissionais.

Segundo o modelo principalista, a Autonomia, Dignidade, Integridade e Vulnerabilidade definem os quatro princípios éticos bioéticos bioético europeus (Rendtorff & Kemp, 2019).

A tomada de decisão do enfermeiro visa o desenvolvimento de uma prática profissional em parceria com o utente, baseado no conhecimento e experiência assente sobre o domínio ético-deontológico. Uma das dificuldades sentidas na envolvimento do utente neste processo é quando o mesmo não tem consciência da doença como tal foi necessário proceder a confrontação de sintomas ou características específicas de determinada patologia mental, através de sessões psicoeducativas permitindo ao utente essa tomada de consciência e envolvimento nesta parceria. Nem sempre bem-sucedido, tendo em conta as condicionantes da própria patologia que afeta a capacitação do utente

A conduta do enfermeiro valida, promove e respeita a realização de si próprio, na relação que estabelece com e para os outros, baseado nos princípios gerais do Código Deontológico dos enfermeiros e os valores Universais tais como a igualdade, a liberdade responsável, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional e assentam no respeito pela vida, a dignidade e direitos humanos nas diversas dimensões norteando a sua prática nas questões legais, éticas e deontológicas¹ (A1)

Os valores anteriormente referido nortearam a minha conduto ao longo do meu percurso no diversos contextos, com maior dificuldades e necessidade de reflexão sobre a estratégia de abordagem usar para iniciar a relação terapêutica com o utente, mais notório na UIPP, pela especificidades dos utentes portadores de patologia crónica e pela inexperiência em contexto da prática que foram se dissipando com o apoio e orientação por parte do OE e consciencialização das minhas próprias capacidades.

¹ A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normal legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.



Tendo em conta a vulnerabilidade do grupo populacional a ética assume especial relevo no âmbito da saúde mental e psiquiátrica, nomeadamente em situações em que o tratamento implementado não envolve o próprio utente, contrariando os princípios do respeito pela autonomia do individuo portador de DM, mas sustentados pelos princípios da beneficência e não maleficência, nomeadamente em situações em que o individuo pode causar danos a si próprio e/ou a terceiros. Apesar do conflito que possa existir entre o respeito pela autonomia e o balizamento do exercício dos direitos e liberdade da pessoa com patologia mental, os valores da dignidade humana prevalecem.

Em contexto de internamento, no decorrer do EC surgiu a necessidade de proceder a contenção ambiental, por tentativa de fuga por parte de utentes, tendo em conta que poderia, não só comprometer as medidas de isolamento impostas pela DGS pela situação pandémica e dar origem a um eventual surto de Covid-19, bem como levar a interrupção do tratamento programado. Tais contenções traduziram-se no isolamento num quarto para cumprir quarentena (prevenindo eventual contágio) e uso de pijama (prevenindo nova tentativa de fuga). Tais medidas colocam em causa a liberdade, autodeterminação e dignidade do utente. Será importante ressaltar que tais medidas sancionarias foram sempre discutidas em equipa² (A2), usadas em casos pontuais e como meio de assegurar a proteção dos utentes tendo sempre em conta o princípio de cuidar do utente com a menor restrição possível assentes nas orientações da DGS nº 021/2011 e nº 010/2020 (distanciamento e isolamento social).

Na prática desenvolvida em todos os contextos esteve sempre presente esta preocupação, tanto a nível do cuidado ao utente como nas relações com a equipa multidisciplinar, não esquecendo o respeito e o cumprimento das normas específicas de cada local onde decorreram os EC. Neste âmbito foi sempre pedido autorização ao utente para a participação nas diversas atividades desenvolvidas no decorrer dos EC, garantindo igualmente a confidencialidade e a segurança da informação recolhida, a privacidade e respeito pelo individuo alvo de cuidado bem como o reconhecimento dos seus valores e direitos. Em contexto de internamento, os valores e direitos do utente nem sempre são tidos em conta na tomada de decisão quanto aos procedimentos e intervenções dirigidas ao mesmo como ser individual, mas sim tendo em conta o grupo, assente nos princípios da beneficência e não maleficência ainda mais condicionados pelo contexto pandémico vivenciado e as orientações da DGS.

² A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.



A aceitação incondicional, a empatia e a capacidade de não julgar o outro são características que o enfermeiro deve ter (Coelho et al., 2020). Ter consciência que possuímos valores e estes não comprometem a relação e a aceitação e respeito pelo outro é sinónimo de autoanálise, autoconhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional.

Este foi um dos aspetos mais importantes e essencial no decorrer das intervenções que me permitiu alcançar e manter uma relação terapêutica e posteriormente uma relação de ajuda.

2.1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

No domínio da melhoria contínua da qualidade o EE deve garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte nas iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua bem como garantir um ambiente terapêutico seguro.

O contexto pandémico impulsionou a vivência de diversas perdas, tais como a perda de liberdade, da segurança, de estabilidade, do contacto físico, de suporte social e evidenciou uma ainda maior fragilidade emocional perante a perda de um ente querido, no cuidar de pessoas, sobretudo em situações de fim de vida, e conseqüentemente a uma alteração na realização de rituais fúnebres.

A perda de um ente querido, de um utente alvo de cuidados, representa uma experiência de sofrimento e maior fragilidade que em contexto pandémico pode desencadear um maior risco de luto prolongado, “as perdas tendem a ser vividas com intensa raiva e revolta, dada a impotência, ausência de controlo e desamparo (...) o constante contacto com a morte, o terror de poder sofrer nova perda e o próprio medo de contaminação intensificam as emoções negativas.” (Gabriel & Paulino, 2021, p. 267). O processo de Luto pode dar origem a uma incapacidade funcional do indivíduo em lidar com a perda, a sentimentos negativos prolongados e a não aceitação da mesma até um nível patológico, caracterizado como sendo um Luto prolongado e no caso de o cuidador formal dar origem ao luto profissional.

Tendo em conta a disfuncionalidade passível de ocorrer, entendo que o escasso envolvimento e acompanhamento aos cuidadores formais no processo de luto, é uma problemática comum nos diversos contextos que carece de atenção³ (B2). Baseado nesta problemática foi elaborado

³ B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.



o meu PMCQCE pelo impacto que tem na SM, tanto dos cuidadores formais, bem como da pessoa em fim de vida e, eventualmente família ou pessoa significativa do mesmo, potenciado pela vivência da situação pandémica e tudo o que isso implica.

O PMCQCE assenta no modelo de intervenção diferenciada no luto prolongado em adultos da DGS (2019) que defende a importância de uma avaliação da pessoa que vivencia uma perda significativa, no sentido de avaliar o risco de desenvolver Luto prolongado e de acordo com o resultado, o correto encaminhamento por forma a atuar, de forma diferenciada nesse mesmo processo, prevenindo o luto prolongado e luto profissional, por forma a serem melhoradas as áreas de promoção da SM e prevenção da DM, dos cuidados antecipatórios e identificação precoce de fatores de risco, nomeadamente em grupos populacionais de risco e/ou a situações de maior vulnerabilidade, como poderá ser o caso de utentes e familiares enlutados bem como profissionais (profissionais de saúde e cuidadores formais), tendo em conta o contexto pandémico, indo de encontro o que foi definido pelo Ministério da Saúde como Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020.

O EEESMP colabora na conceção e operacionalização de projetos no seio da equipa multidisciplinar, mobilizando conhecimentos científicos assentes nos modelos teóricos de enfermagem que norteiam a boa prática e a melhoria da qualidade dos cuidados⁴ (B1), existindo intervenções autónomas que lhe permitem atuar na promoção da SM e prevenção da DM, desenvolver práticas de qualidade através da análise das práticas clínicas e, em função dos resultados, reformular as intervenções com o intuito da melhoria da qualidade na prestação dos cuidados, realizando atividades diferenciadas que lhes permitem detetar alguma alteração que possa indiciar descompensação psíquica, atuar preventivamente em situações de depressão ou potencial luto disfuncional ou profissional, a reduzir desequilíbrios decorrentes de consumo de substâncias psicoativas, a promover a inclusão social ou garantir a proteção dos direitos e a dignidade do utente portador de DM.

A abordagem terapêutica do EEESMP, em situações de internamento, atua na gestão de sintomas e na gestão terapêutica, garantindo um ambiente terapêutico e seguro⁵ (B3) no treino de aptidões sociais e das capacidades cognitivas, promove psicoeducação com o intuito de promover a aceitação da sua condição de saúde, a adesão ao regime terapêutico, aumento da

⁴ B1 – Garante um papel de dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

⁵ B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.



literacia sobre a sua condição clínica, envolver o utente no seu processo de recuperação e alcance da autonomia que a sua condição lhe permite, intervenções psicoeducativas em situações de alteração de comportamento, controlo de ansiedade, regulação do padrão do sono, entre outras intervenções com o intuito de preparar o utente para a alta e regresso à comunidade.

Em todos os locais de EC foram delineados projetos de aprendizagem em que um dos objetivos definido foi a integração na equipa multidisciplinar, bem como nas dinâmicas diárias dos serviços, conhecer o espaço físico e os recursos existentes nomeadamente protocolos implementados, registos existentes e até mesmo assistir as reuniões de serviço como forma de recolher informação, mas igualmente como meio de partilha de conhecimento e apresentação de estratégias com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados.

A minha prática foi norteada com o intuito de atender e cuidar de cada utente de forma individualizada e diferenciada tendo em conta as suas especificidades e necessidades, estabelecendo uma relação personalizada de respeito e confiança contribuindo para a melhoria desses mesmos cuidados, nomeadamente aos utentes em processo de luto por forma a que este decorra naturalmente, reconhecendo que cada indivíduo vivencia este processo de forma diferente tendo em conta a sua vulnerabilidade e contexto onde está integrado, possuindo ou não suporte familiar e social; aos utentes em processo de transição da dependência para a autonomia; aos utentes internados promovendo empoderamento para prepará-los e capacitá-los para a autonomia e regresso à comunidade com apoio desta e da família, bem como das instituições de saúde.

A implementação de projetos de aprendizagem, estudos de caso, bem como de programas de intervenção, tendo em conta os recursos existentes e as necessidades sentidas e expressas pelos elementos da equipa multidisciplinar e pelos utentes, permitiu igualmente promover a qualidade desses mesmos cuidados.

2.1.3. Competência do domínio da gestão dos cuidados

No domínio da gestão de cuidados o EEESMP gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta e a articulação na equipa de saúde bem como adapta a liderança e a gestão dos recursos, garantindo a qualidade dos cuidados, às situações e ao contexto.



Integrar e colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados de enfermagem foi um dos objetivos delineado em todos os contextos de EC, procurando igualmente colaborar em programas de melhoria da qualidade dos cuidados, tendo apresentado sugestões, delineado e implementado sessões de formação a essa mesma equipa com o intuito de dar respostas a necessidades diagnosticadas em prol de melhor cuidado ao utente. O programa de higiene oral a implementar na UIPP é um dos exemplos que define a importância da implementação de tais medidas, motivando a equipa e apresentando os benefícios passíveis de serem alcançados tendo em conta a polimedicação do utente e as consequências dessa polimedicação para a saúde oral.

A palavra liderar significa possuir a capacidade de influenciar pessoas, através da motivação, a desempenhar as suas funções por forma a atingirem a excelência no trabalho, exigindo por parte do líder que coloque o seu potencial em destaque. Estas competências evidenciam -se nos estudos de caso clínico desenvolvido em cada contexto clínico, tendo sido desenvolvido um programa de intervenção individual para cada estudo, bem como em sessões grupais desenvolvidas após avaliação de necessidades, inclusive com as próprias equipas de cada contexto, evidenciando a necessidade de cuidar igualmente de quem cuida (tendo em conta a exigência profissional exacerbada pelo contexto pandémico vivenciado) através da implementação do programa “O exercício físico associado as técnicas de relaxamento como promotores de bem-estar físico, emocional e mental”, contribuindo para a tomada de consciência da própria vulnerabilidade por parte dos utentes bem como dos próprios profissionais, contribuindo neste modo para o sucesso da organização (Montezeli et al., 2016), podendo existir obstáculos tais como aceitação inicial por parte da equipa, falta de destreza técnica e experiência que irão se dissipando ao longo do tempo, através da autoanálise e autoconsciência de cada um.

A autoanálise e autoconsciência foram algumas das estratégias adotadas para fazer face aos obstáculos e dificuldades ao longo deste percurso, ter consciência da sua própria vulnerabilidade não pode ser entendida como uma dificuldade, mas sim como uma motivação para a evolução e alcance da excelência na qualidade dos cuidados.

Evidencia algumas das características que foram sendo desenvolvidas ao longo dos EC, tais como a capacidade de comunicação eficaz, sendo mais assertiva, adequando o discurso aos diferentes utentes e contextos por forma a motivar, através do reforço positivo e evidenciando os benefícios de tais intervenções, através de sessões de psicoeducação, fomentado a participação, a capacidade de análise através da utilização de instrumentos de avaliação

(nomeadamente a escala de manifestação de bem-estar, a escala de ansiedade de Beck, a escala de SOCRATES e um questionário sobre “como convive com a sua doença”), meio para fundamentar a pertinência das minhas intervenções e avaliar a eficácia das mesmas. A partilha de conhecimentos técnico-científicos, a responsabilidade, a capacidade de estabelecer uma relação terapêutica e de ajuda através do respeito e aceitação por parte dos utentes alvo de cuidados demonstrada através da adesão dos mesmos aos diversos nos projetos e programas delineados e implementados que fizeram parte deste percurso de aprendizagem.

A sessão de formação sobre o tema: “O exercício físico associado as técnicas de relaxamento como promotores do bem-estar físico, emocional e mental”, foi planeada com o intuito de sensibilizar a ET da importância do exercício físico e implementação de técnicas de relaxamento para a promoção da saúde mental e do bem-estar físico, psíquico e emocional; a necessidade de implementação destas intervenções neste contexto de respostas diferenciadas, da importância da mesma pelas repercussões que o sedentarismo e incapacidade de controlo do impulso e da ansiedade para lidar com as adversidades do quotidiano, condicionando o indivíduo em processo de tratamento de dependências para a promoção do bem estar físico, emocional e mental e suscetíveis de desenvolver incapacidade funcional ou doença mental; bem como a importância de adoção dessas mesmas estratégias por parte dos profissionais que acompanham estes utentes, pela especificidade dos mesmos e pela necessidade de bem-estar para proceder a esse mesmo acompanhamento.

Os profissionais de saúde que cuidam carecem de cuidados, precisam de estar bem física, mental e emocionalmente, recetivos e motivados para ultrapassar de forma positiva os desafios do quotidiano.

A sessão de formação e a implementação da técnica de relaxamento – *Mindfulness* – Atenção Plena teve como objetivo incentivar a ET a elaborar um programa e implementar um conjunto de intervenção, envolvendo os diferentes elementos da equipa de enfermagem, na adoção de estratégias para promoção de relaxamento e bem-estar, satisfação e incentivo para todos os elementos da equipa multidisciplinar. Tendo em conta o resultado da avaliação da satisfação da sessão, os objetivos delineados foram alcançados.

A tomada de consciência de si próprio e das suas competências permitiu contribuir para a planificação e implementação de programas, envolvendo os diversos elementos da equipa, com



o intuito da melhoria contínua da qualidade dos cuidados gerindo o ambiente terapêutico e risco⁶ (B2 e B3).

2.1.4. Competência do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No domínio da gestão de cuidados o EEESMP desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

O decorrer dos diversos EC permitiu a contínua e ativa procura de conhecimento científico e análise das práticas inerentes ao exercício enquanto enfermeira generalista, ampliar, aprofundar esses mesmos conhecimentos e saberes, capacidades e atitudes desempenhando cuidados de enfermagem diferenciados e especializados enquanto futura EEESMP, assumindo um papel ativo na identificação, planificação e intervenção especializada.

Assumindo igualmente o papel enfermeiro de referência tornando-me um contacto privilegiado e de suporte efetivo na construção de relações de confiança, promovendo estratégias adaptativas e trabalhando de forma especializada o desenvolvimento psicoafectivo do indivíduo.

A demonstração de interesse, iniciativa, disponibilidade para acompanhar as atividades programadas, participar nas reuniões de serviço, recetividade nas solicitações e sugestões apresentadas pelos diferentes elementos da equipe multidisciplinar, permitiu desenvolver competências e intervenções garantido um percurso de desenvolvimento pessoal e profissional, bem como aprimorar as competências comunicacionais, estabelecendo relações ajuda e terapêuticas, com os utentes, de forma cada vez mais autónoma⁷ (D1).

Ao integrar a ET, nas várias vertentes, colaborando na prestação de cuidados personalizados, diferenciados e específicos de ESMP, desenvolvendo competências de comunicação e relação interpessoal adequadas ao *setting* e intervenções com vista ao estabelecimento de uma relação terapêutica com o cliente/família, foi possível desenvolver as minhas aprendizagens profissionais⁸ (D2).

⁶ B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.
B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.

⁷ D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

⁸ D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.



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

Neste capítulo serão identificadas as competências desenvolvidas e adquiridas que caracterizam o EEESMP através de uma análise crítico-reflexiva, baseada nos objetivos específicos definidos em projeto de aprendizagem aliados aos objetivos de aprendizagem definidos pelo próprio curso, a forma como decorreram a elaboração das intervenções, os resultados obtidos e análise dos mesmos.

A ESMP reflete, enquanto área especializada na disciplina e profissão da Enfermagem, uma prática holística que contempla a relação de ajuda e as necessidades e capacidades de indivíduos, famílias e comunidades, baseada na evidência científica e nas teorias enfermagem, psicológicas, psicossociais e neurobiológicas. (Regulamento nº 356/2015)

O conhecimento de perito, é desde logo também um conhecimento competente, e uma forma de conhecimento em si mesmo, e não apenas uma aplicação do mesmo (OE, 2017).

Tendo por base o modelo teórico de Benner a aquisição e evolução do desenvolvimento de competências do enfermeiro assentam nas experiências vivenciadas, promovendo a construção de referenciais sólidos em que o enfermeiro especialista promove e desenvolve intervenções com visibilidade, acompanhadas de conhecimento e de capacidade de recolher, analisar e tomar decisões (Martim, 2017). O desenvolvimento de tais competências é um processo dinâmico, contínuo sempre com o intuito de melhoria de conhecimentos, atitudes e capacidades, que é influenciado por diversos fatores que podem influenciar este mesmo desenvolvimento tais como a experiência profissional, os contextos integrados, o nível de educação alcançado, o profissionalismo, o pensamento crítico e conhecimento de si próprio enquanto pessoa (Rizany, Hariyati & Handayani, 2018).

No âmbito das intervenções clínicas especializadas de Enfermagem, não se pretende assim definir detalhadamente o que fazer e o que não fazer, reduzindo a ação dos EE a um conjunto de atividades e tarefas, antes sim, considerar uma intervenção assente na aplicação efetiva do conhecimento, evidências científicas e capacidades, indispensáveis no processo de tomada de decisão em Enfermagem (OE, 2017).

Segundo o Regulamento nº 140/2019 as competências específicas são as que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção”



(p. 4745), determinado para cada área específica, reveladas através da demonstração adequada dos cuidados às necessidades do indivíduo, família ou comunidade.

Cada competência descrita estará identificada com a letra F seguido de um dígito como forma de identificar unidades de competência e critérios de avaliação.

2.2.1. Conhecimento e autoconsciência enquanto pessoa e enfermeiro

O EEESMP só é competente para cuidar, na medida que através do desenvolvimento do autoconhecimento e da autoconsciência, for capaz de ajudar-se a si próprio, na procura do equilíbrio para a sua vida pessoal e profissional.

Ao longa da vida passamos por processos que nem sempre compreendemos, nomeadamente lidar com perdas de pessoas próximas (familiares e amigos), por incapacidade de ultrapassar o denominado fenómeno de dependência. Reconhecer as nossas fragilidades é fundamental para a tomada de consciência das mesmas, o meu percurso académico e profissional, o aumentar do conhecimento, da compreensão e o desenvolvimentos de estratégias adaptativas, a autoanálise, autoconsciência de si mesmo⁹, bem como, a capacidade de se colocar na posição do outro são, sem dúvida, as estratégias que permitem superar essas mesmas fragilidades sem nunca comprometer a relação terapêutica com os utentes, nem o meu desempenho, adotando uma postura interativa e proativa ao longo dos diversos EC¹⁰. (F1.1)

A tomada de consciência da necessidade de autoconhecimento e autoanálise surgiu seguramente após a autoanálise solicitada em contexto teórico. Anteriormente ocorria de forma adaptativa perante situações de transferência e contratransferência sempre que me confrontava com uma situação de perda (morte de familiar, amigo ou utente). A aceitação incondicional, a empatia e a capacidade de não julgar o outro são características que o enfermeiro deve ter (Coelho et al., 2020), ter consciência que possuímos valores e estes não comprometem a relação

⁹ Segundo o Regulamento nº 515/2018 a capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal é fundamental para a prática de enfermagem em SM e uma das competências específicas do EEESMP em que o mesmo “demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas (F1.1, p. 21428).

¹⁰ F1.1 – Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.



e a aceitação e respeito pelo outro é sinónimo de autoanálise, autoconhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional.

O desenvolvimento e amadurecimento da personalidade do enfermeiro é um dos objetivos do EEESMP, tendo por base o pressuposto que exige a adoção de princípios e métodos que facilitem e orientem o processo de solução das dificuldades ou problemas interpessoais diários. Assim como a tomada de consciência que a postura adotada pelo enfermeiro interfere, de forma direta, no desenvolvimento do indivíduo, da sua aprendizagem durante o processo de cuidados, no decorrer da sua experiência enquanto utente, tornando o mesmo parceiro deste processo.

2.2.2. Assistência à pessoa, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental

O papel do EEESMP é fundamental na promoção da SM, na prevenção da DM dando assistência ao indivíduo, família e comunidade ao longo do ciclo de vida.

Em contexto de resposta integrada a prevenção de recaídas no processo de recuperação de dependências de substâncias psicoativas é uma das intervenções do EEESMP, havendo necessidade de atuar em todos os contextos em que o utente se insere, de modo que este processo decorra de forma natural e de o capacitar para assumir novos papéis, alcançando o estado de equilíbrio e bem-estar e retomar as rédeas da sua vida através da promoção do autocuidado.

O EEESMP é igualmente promotor da saúde mental, na prevenção, na ajuda ao utente a enfrentar situações geradoras de stress e pressões, e na capacidade de assistir o utente, sua família e comunidade, ajudando-os a encontrarem estratégias para irem ao encontro de um novo equilíbrio. Para tal, deve usar a perceção e a observação, formular diagnósticos, delinear campos de ação com tomada de decisões, planear a assistência, avaliar as condutas e o desenvolvimento do processo (OE, 2018, pp. 21428-21429).

Assim, o papel do EEESMP deve ter por princípio as questões de recuperação da pessoa dando ênfase à *recovery* (recuperação) e ao *empowerment* (empoderamento), os quais têm repercussões positivas inequívocas na qualidade de vida do indivíduo.

O objetivo da estimulação das capacidades cognitivas procura potenciar determinadas áreas da cognição, podendo ser implementada individualmente ou em grupo, habitualmente realizada num determinado período, procurando determinados objetivos, com o intuito de capacitar o



indivíduo, (e a sua família) a viver com as alterações cognitivas, dotando-o de informação e estratégias, para que seja capaz de melhorar o seu dia-a-dia (Alves, 2015).

A planificação das intervenções realizadas ao longo dos diversos EC assentam na observação de comportamentos e atitudes dos utentes, nas entrevistas formais e informais, Entrevista Motivacional (EM) e na análise dos dados complementares pertinentes e relevantes retirados da consulta dos processos clínicos.

A EM foi utilizada como técnica para as intervenções delineadas com o utente em transferência da dependência para a autonomia, com o intuito de estabelecer uma relação de confiança, de o ajudar na análise dos benefícios e malefícios da mudança, de reforçar a autoeficácia do próprio para a mudança de comportamentos, oferecendo diversas opções, através da negociação e definição de contrato terapêutico, levando-o a tomada de consciência da existência da sua rede de suporte e de situações de risco que o rodeiam e assim estabelecer uma relação colaborativa, centrada no indivíduo para melhorar a motivação intrínseca para a mudança (Miller & Rollnick, 2013, citado por Barroso, Sequeira & Sampaio, 2020) e consolidar essa mudança de comportamentos e evitar a recaída. Explorar o significado que a recaída tem para o mesmo e que ele encare como sendo uma oportunidade de aprendizagem, ajudando-o a descobrir mecanismos de *coping* alternativos que possa adotar com o intuito de alcançar a sua autonomia.

A elaboração, implementação e execução de um plano de intervenção individual assentam no respeito pela singularidade e individualidade do utente de forma abrangente, como tal, foi necessário definir objetivos como guias orientadores para a conceção do mesmo, conhecer a instituição/serviço onde este seria implementado, tirando partido dos recursos existentes e integrando eventuais programas já existentes, efetuando o levantamento de eventuais necessidades e adequando as intervenções para alcançar os objetivos delineados no projeto de aprendizagem.

Segundo Miller e Rollnick (2013) a entrevista motivacional é um estilo de entrevista colaborativa para fortalecer a motivação e compromisso para a mudança, que associado a uma avaliação holística permitem avaliar as capacidades do indivíduo, o grau de motivação e prontidão para a mudança, bem como as condições emocionais, cognitivas e comportamentais e as suas implicações. Permite igualmente estabelecer a relação de ajuda, através da promoção e incentivo na partilha de sentimentos e emoções, delineando novas estratégias para ultrapassar situações geradoras de stress, ansiedade e/ou eventos da vida inesperados.



A estratégia adotada, baseada no modelo transteórico de mudança de Prochaska e DiClemente (1982), permitiu dar início a relação de ajuda, baseada na confiança, permitindo a colheita de informação, dados e avaliação do estado mental do utente, a validação de informação partilhada e o delinear do plano de cuidados em parceria, envolvendo o utente em todo o processo e respetivamente o seu consentimento respeitando a sua privacidade e mantendo o sigilo quanto a sua identidade.

Tive igualmente oportunidade de aprimorar as minhas competências comunicacionais, nomeadamente a escuta ativa, mantendo o contato visual, demonstrando disponibilidade e encorajando a partilha, através da repetição e validação do que foi verbalizado, e assim alcançar a confiança, proporcionando segurança e conforto ao utente. Tomar consciência da minha postura corporal/ não verbal, suprimindo preconceitos ou juízos de valores, e o quanto isso pode comprometer o estabelecimento dessa mesma relação. Valorizar as emoções do utente, dar atenção e interpretar as mensagens não verbais (postura corporal), identificando palavras-chave no decorrer do discurso, encorajar para a reflexão e clarificação por forma a analisar o significado dos comportamentos. Usar o silêncio permitindo a expressão de emoções. Todas as competências descritas anteriormente permitiram-me estabelecer relações ajuda/terapêuticas, com os utentes, de forma cada vez mais autónoma.

A elaboração de um programa terapêutico, com diagnósticos, baseados na taxonomia CIPE®, apoiado nos regulamentos anteriormente mencionados, e intervenções de enfermagem, tais como no controlo da ansiedade e do impulso para o consumo, reforço positivo evidenciando as conquistas alcançadas ao longo deste percurso, implementação de técnicas de relaxamento, com o propósito de acompanhar o utente neste processo de recuperação e se manter sem consumos, permitindo-me refletir e avaliar os resultados das intervenções efetuadas.

Outra das intervenções individuais delineada e implementada foi com o intuito de dar resposta à necessidade de intervir junto da pessoa com autoestima comprometida e adesão do regime terapêutico comprometido, com o intuito de alcançar a adesão ao regime terapêutico e promover a autonomia para preparação e autoadministração da mesma através. Para tal foi realizado uma intervenção psicoeducativa por forma o conhecimento da patologia e a tomada de consciência da importância dessa adesão para os seu processo de recuperação, e psicoterapêutico aproveitando sempre que a utente se dirigia ao Centro para a incentivar a preparar a sua medicação do dia, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua autoestima através do elogio e consciencialização das suas capacidades.



Parte deste objetivo foi atingido visto que a utente demonstrou capacidade para assumir autonomia na preparação e autoadministração do seu regime terapêutico.

Colaborei sempre que possível com a ET nas diversas dinâmicas do serviço quer preparação quer administração de terapêutica, rastreio de consumos (testes rápidos), permitindo conhecê-los, acompanhar nalgumas intervenções, nomeadamente nas consultas de acolhimento e visitação domiciliária.

Importante será dizer que a planificação e implementação das intervenções individualizadas, contou com o envolvimento e consentimento do utente e a colaboração da EO, através da partilha e discussão das mesmas com o intuito da obtenção de ganhos em saúde dos utentes.

2.2.3. Ajuda a pessoa, integrada na família, grupos e comunidade na recuperar a saúde mental

Cabe ao EEESMP providenciar “ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto” (Regulamento nº 515/2018, p. 21427), com o propósito de acompanhar o utente neste processo de recuperação de forma que alcance sua autonomia.

Segundo Valentim, Laranjeira e Querido (2019), a diversidade de comportamentos de saúde são “suportados por um conjunto de crenças e sentimentos” que carecem de ser identificados pelo enfermeiro, para que este possa definir estratégias de intervenção para com o utente e família, promovendo “comportamentos de ajustamento mais positivos e saudáveis”, em que o enfermeiro deverá demonstrar interesse e preocupação legítima, promovendo simultaneamente segurança, confiança e compreensão.

No âmbito da visitação domiciliária tive oportunidade de acompanhar a Enfermeira Orientadora e Técnica Assistente Social e observar a atuação do EEESMP na avaliação do estado mental, capacidade para a realização das atividades de vida diárias e autocuidado de uma utente de Programa de Tratamento de Aditivos Opiáceos (PTAO). Esta intervenção careceu do envolvimento da Assistente Social e Associação de Apoio domiciliário que acompanha a utente, tendo-lhe sido proposto, como resposta imediata, integrar o centro do dia da localidade que já lhe dá apoio e posteriormente internamento de média duração numa Unidade de Cuidados Continuados e Integrados, evidenciando os riscos de hipoglicémia e queda por residir sozinha e por não ter capacidade para a realização das AVD.



Esta visitação domiciliária, tendo subjacente o modelo de Tidal de Barker (2007), permitiu realizar uma avaliação do estado físico e mental da utente, perceber as condições de habitabilidade, consciencializar a utente, pela relação de confiança existente, do seu estado clínico, os riscos e consequências que podem advir se mantiver tais comportamentos, realçando a necessidade de ajuda que carece, propondo-lhe aceitar iniciar a ida para o centro de dia e posteriormente ser encaminhada para uma unidade de cuidados continuados integrados, dando início a um programa de reabilitação, demonstrando os benefícios, tranquilizando a mesma que a sua ausência não implicará a perda da casa mas sim a oportunidade de proceder a algumas melhorias. Envolver a utente na tomada de decisão e aceitação das propostas apresentadas, permitindo-a elaborar um plano de intervenção, envolvendo o centro de dia, que já lhe dava apoio domiciliário garantindo as refeições e os cuidados de higiene e conforto, passando a garantir não só o que já lhe proporcionava como também o controlo da gestão terapêutica, integração social e estimulação cognitiva.

Na visitação domiciliária seguinte foi possível avaliar a evolução favorável do estado clínico e mental da utente, pela adesão ao regime terapêutico e reequilíbrio nutricional. No decorrer da EM foram evidenciados os benefícios da aceitação do contrato terapêutico proposto e lembrado que a proposta seguinte seria a ida para uma unidade de cuidados continuados integrados e assim lhe permitir a recuperação da sua autonomia e regresso a sua habitação que foi perentoriamente aceite pela mesma.

Cada elemento que compõe a ET evidencia-se pela especificidade e competências que possui, sendo o EEESMP o elemento-chave neste contexto, e a conjugação possibilita a articulação entre os diversos recursos existentes na comunidade permite proporcionar a continuidade de cuidados necessária para o bem-estar do utente, família e comunidade.

2.2.4. Prestação de cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida

O intuito deste percurso possibilita o desenvolvimento de competências que permite ao EEESMP “intervir, integrado na equipa de saúde, na prestação cuidados especializados, utilizando a metodologia científica, a pessoa/família/comunidade em situações promotoras da saúde mental e preventivas de doença mental, visando a prossecução do seu projeto de vida e de saúde mental/bem-estar” (Laranjeira & Querido, 2021, p. 6), através do autoconhecimento e consciência de si.



Cabe ao EEESMP prestar “cuidados psicoterapêuticos, socio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e a dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.” (Regulamento nº 515/2018, p. 21427) com o propósito de acompanhar o utente neste processo de transição da dependência para a autonomia.

Uma das intervenções psicoeducativa e psicoterapêutica individual delineada e implementada foi com o intuito de dar resposta a promover a adesão do regime terapêutico bem com promover a autonomia para preparação e autoadministração da mesma, sempre que a utente se dirigia ao Centro, sendo incentivada a preparar a sua medicação do dia, promovendo a autonomia.

No contexto de respostas diferenciadas, tomei a iniciativa de estruturar e implementar um conjunto de intervenções psicossociais, psicoterapêuticas e psicoeducacionais, tendo por base a TCC, descritas no ECC bem como intervenção psicoeducativa e psicoterapêutica grupal tendo elaborado um programa de intervenção composto por 7 sessões sobre o tema “O exercício físico associado às técnicas de relaxamento como promotores do bem-estar físico, emocional e mental” tendo em conta necessidades identificadas após avaliação diagnóstico da situação e identificado o grupo alvo, elaborado e partilhado com a EO e restantes elementos da ET, tendo obtive autorização para a implementação do mesmo dado a sua pertinência. Tal programa é composto por diversas sessões sendo delas uma sessão de psicoeducação sobre a importância do exercício físico para a promoção da saúde física, emocional e mental, o relaxamento e diversas técnicas (respiração abdominal, *Mindfulness*, relaxamento progressivo de Jacobson, imagética) como estratégia para controlo do impulso, da ansiedade e promoção de bem-estar global. (Apêndice I)

Segundo Valentim, Laranjeira e Querido (2019) “as principais dificuldades de intervenção prendem-se com os comportamentos de negação, manipulação e recaídas, o que implica uma baixa adesão ao regime terapêutico” (p.7).

Características presentes na descrição da Intervenção Breve que pude acompanhar aquando da procura de ajuda por parte da utente em causa, a quem foi dado resposta imediata e ainda em avaliação para eventual internamento caso não mantenha abstinência.

O desenvolvimento e implementação de diversas técnicas nos programas desenvolvidos nos diversos contextos de estágio permitiu cimentar diversas estratégias, nomeadamente no reforço e assertividade positiva, o treino de técnicas cognitivo comportamentais, treino de competências sociais, nomeadamente no âmbito da adesão do regime terapêutico e respetiva preparação por



forma a responsabilização e autonomia na preparação e autoadministração por parte da utente foram técnicas implementadas. A utilização de diversos instrumentos de avaliação permitiu a constatar a eficácia e a pertinência das intervenções, bem como a tomada de consciência das minhas capacidades e competências adquiridas. Qualquer intervenção implementada foi sempre alvo de acompanhamento e supervisão por parte da EO e restante EMD devidamente descrito e fundamentado, justificando as intervenções implementadas e respetiva avaliação tendo em conta os objetivos traçados.

De acordo com a teoria das relações interpessoais de Peplau, a prática de Enfermagem assenta na atenção dada ao utente, às suas necessidades e perceções. O papel do enfermeiro deve estar centrado na qualidade da relação interpessoal entre o próprio e o utente (Hagerty, Samuels, Norcini-Pala & Gigliotti, 2017).

A promoção da relação de ajuda, como instrumento terapêutico, foi sendo construída através do desenvolvimento das técnicas de relação de ajuda, escuta ativa, comunicação terapêutica, assertividade positiva, tendo delineado e executado abordagens psicoeducativas e psicoterapêuticas, em particular com os utentes que aderiam ao programa de intervenção grupal e alvo do meu ECC tendo em conta manifestações de ansiedade, culpa, as alterações do humor, baixa autoestima e a incapacidade de interagir de modo satisfatório com o próprio ou o ambiente que o rodeia, promovendo o envolvimento dos mesmos neste processo de prestação de cuidados, dando respostas às suas necessidades e contribuindo para a sua recuperação e autonomia.

As intervenções foram delineadas com enfoque no processo de desabituação, transição para a autonomia, tendo sido elaborado um programa de sete sessões. abrangendo intervenções psicoeducativas sobre este processo e as diferentes fases que o caracterizam; sobre a ansiedade, fatores desencadeadores e fatores protetores, sinais e sintomas e estratégias para controlo da ansiedade, nomeadamente técnicas de relaxamento; sobre o processo de luto (desapego de algo que lhe é tão importante) e adoção de estilos de vida saudável, intervenções psicoterapêuticas e psicossociais, através de TCC.

A acrescer ao processo complexo de desabituação de substâncias, a perda repentina e inesperada de um ente querido pode causar maior desorganização e levar ao abandono do tratamento como tal é imprescindível o EESMP avaliar e intervir por forma a que este processo de luto não influencie negativamente sobre o outro processo e possa decorrer naturalmente.



A perda inesperada de um ente querido, no seio de uma família estruturada e funcional tem um impacto inevitável que pode conduzir a desestruturação e disfuncionalidade de um dos membros e/ou restantes elementos, quando este acontecimento ocorre com um indivíduo que se encontra em processo de recuperação de dependência de substâncias psicoativas ou se encontra num processo de recuperação de outra patologia, cuja vulnerabilidade ainda é mais evidente podendo comprometer esse mesmo processo de recuperação.

A TCC é uma técnica psicoterapêutica que visa a facilitar a aprendizagem de novas habilidades e competências para uma readaptação, levando em consideração as reformulações de papéis dentro do meio familiar e da sociedade (Silva, Rangé & Nardi, 2011).

Sendo a **psicoeducação** é uma das técnicas da TCC, forma de intervenção passível de ser usada em qualquer circunstância, a sua utilização permitiu não só aumentar a literacia dos indivíduos como contribuiu para a consciencialização de crenças e questões culturais e sociais, bem como sentimentos, emoções e comportamentos experienciados no processo de recuperação.

A **reestruturação cognitiva**, segundo Wenzel (2017) é um processo que permite ao indivíduo “aprender a identificar pensamentos e crenças associados ao afeto negativo, avaliar a precisão e utilidade de seu pensamento e, se necessário, modificá-lo.”

Como estratégia de intervenção no âmbito da reestruturação cognitiva, a sugestão de registo de tais pensamentos, descritos segundo o modelo ABCDE, num caderno como instrumento terapêutico, diário terapêutico, permite não só a reflexão bem como a tomada de consciência e, eventualmente alteração de pensamentos e comportamentos, por forma a gerir o impulso para o consumo, a manter-se abstémico e superar este processo sem comprometimento para a sua saúde mental e física.

Outra técnica implementada foi a **técnica de relaxamento**, através da respiração abdominal para a diminuição da ansiedade perante o impulso para o consumo ou para adoção de hábitos de higiene do sono, permitiu um maior nível de concentração no momento presente e passível de ser replicado por forma a combater esse mesmo impulso bem como a insónia inicial ou intermitente manifestada pelos diversos intervenientes.

As intervenções de enfermagem implementadas tiveram como objetivos melhorar a autoestima, estimular a autoconfiança, de forma a gerir melhor este processo; compreender e identificar as fases superadas e em que fase se encontra; compreender e adquirir estratégias para gerir a

ansiedade no dia a dia; obter conhecimentos sobre importância do autocuidado e de incluir nas suas rotinas diárias hábitos de vida saudável.

A **promoção do autocuidado** permite aprender novas habilidades cognitivas, verbais, sociais e comportamentais para que o mesmo consiga identificar aspetos do seu quotidiano, adotar novos ou diferentes comportamentos perante circunstâncias geradoras de stress, ansiedade ou desconforto, promover o cuidado da saúde física e mental, alcançar o bem-estar e reconhecer a sua rede de suporte.

O plano de intervenções, delineado para o utente do ECC, tornou-se muito limitado no tempo, alguns dos problemas identificados não foram passíveis de intervenção como seria desejado e necessário. Apesar do curto espaço temporal a promoção do autocuidado permitiu promover a sua autoestima e melhorar a capacidade de funcionamento no seu dia a dia, assumindo diversas formas tais como: descanso e relaxamento; atividade física; convívio e eventual partilha da sua experiência e capacidade de enfrentamento; ter tempo para si próprio.

A proposta de elaboração de um diário terapêutico permitiu ao utente descrever situações do seu quotidiano em que deu origem a determinadas emoções tais como o desânimo, que pensamentos ocorrem imediatamente antes e quais os comportamentos e reação fisiológica que acompanharam tal pensamento permitindo mapear as expressões negativas e desadaptativas em relação ao impulso e necessidade de manter consumos, permitindo-me uma interpretação das necessidades de intervenção e observar a evolução do utente no decorrer das mesmas.

Os registos permitiram observar o sucesso que o utente tem nas atividades semanais e permitir que o EESMP o estimular a reconhecer os benefícios dessas atividades (Wenzel, 2017), através da técnica do registo de pensamentos disfuncionais (Modelo ABC - A= acontecimento, B= pensamentos disfuncionais/ negativos, C= comportamentos desadequados).

Tais registos permitiram ainda o uso da técnica de Reestruturação Cognitiva, que de acordo com o mesmo autor, “a reestruturação cognitiva é o processo pelo qual o paciente aprende a identificar pensamentos e crenças associados ao afeto negativo, avalia a precisão e utilidade de seu pensamento e, se necessário, modifica-o” – Modelo ABCDE como técnica cognitiva, emocional e comportamental, proporcionando a mudança dos pensamentos/emoções e consequentemente adoção de comportamentos adequados.

Outra atividade proposta foi solicitar ao utente a descrição do seu percurso de vida desde o passado de consumos, presente – abstinência e tratamento e futuro manutenção da abstinência



e projetos para o futuro com o intuito de levá-lo à reflexão sobre aspetos relacionados com o autocuidado, a autoimagem e a autoestima, e que o mesmo conseguisse identificar, a partir da sua narrativa, as alterações que ocorreram na sua saúde, no seu corpo e na sua vida durante os consumos e após a paragem, assim como as suas projeções de um futuro sem consumos.

Permitir a partilha de sentimentos e emoções e tomada de consciência das fases já ultrapassadas através de exemplos relatados, foi a estratégia utilizada, usando o reforço positivo, para a promoção da autoestima e relação de ajuda.

O facto de o utente estar a vivenciar um processo de instabilidade face aos consumos, fator gerador de stress, ansiedade e dificuldade em conter o impulso e conseqüentemente consumir, daí a pertinência em facultar estratégias para promover o controlo desses mesmos impulsos e de o integrar nas sessões psicoterapêuticas grupais no âmbito do relaxamento que aceitou de bom grado. Tal integração permite a reabilitação psicossocial do individuo com comportamento aditivo, com o intuito que este atinja a máxima autonomia e funcionalidade, que se liberte de tensões emocionais e que vivencie experiências gratificantes.

As habilidades sociais, para além de favorecerem o suporte social, contribuem para ajudar e/ou amenizar os sintomas depressivos e aumentar a perceção de bem-estar, contrariando a solidão ou isolamento social (Bui, et al., 2018).

O desenvolvimento de técnicas de intervenções psicoterapêuticas individuais e/ou em grupo inicialmente programadas veio a alargar-se às restantes intervenções (psicossociais e psicoeducacionais), tendo para o efeito elaborado um conjunto de sessões, com base nas técnicas cognitiva comportamental, pesquisa e reflexão, aproveitando os recursos existentes no Centro e providenciando ou criando outras, especificamente dirigidas à pessoa em processo de recuperação de dependência de substâncias psicoativas, planificação, execução e avaliação dessas mesmas sessões, refletindo sobre a participação, desempenho e resultados demonstrados pelos utentes através da observação, uso de escalas de avaliação, sua interpretação e monitorização, tendo conseguido ultrapassar os objetivos inicialmente propostos, passível de identificar no ECC e no programa elaborado onde consta detalhadamente o que foi decorrendo ao longo das sessões e os resultados alcançados. (Apêndice I)

Em suma o EEESMP deve ter a capacidade de desenvolver uma visão abrangente, holística no seu cuidar e para tal é fundamental desenvolver competências nas áreas da comunicação, da relação de ajuda e da relação interpessoal. Tendo isso em consideração tentei dar resposta e



desenvolver cada um dos domínios preconizados pela OE relativamente ao EEESMP. Dentro de cada domínio desenvolvi atividades e defini estratégias de forma a alcançar os objetivos aos quais me propus, bem como me permitiu aprofundar conhecimentos e desenvolver a minha atividade profissional tendo em conta o que é esperado de um EE. Deu-me uma maior sensibilidade para a individualidade de cada utente e em adequar as estratégias e intervenções garantindo o melhor e a continuidade dos cuidados diferenciados.

3. PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE NO PROCESSO DE LUTO DOS CUIDADORES FORMAIS DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

O Enfermeiro atua na promoção da saúde e prevenção da doença em todas as fases do ciclo de vida do indivíduo, auxiliando e acompanhando o processo de forma ativa, providenciando informações e munindo-o de estratégias para enfrentar o problema da finitude e perdas que vão ocorrendo ao longo da vida, sejam elas de perda de emprego, autonomia, funcionalidade, de um familiar ou ente querido. O EE atua de forma diferenciada e personalizada dado que cada indivíduo vivência esse processo de forma individual, recorre aos meios existentes no seio familiar e na comunidade onde o mesmo se integra e avalia se esses recursos são facilitadores ou dificultadores nesse mesmo processo.

O EEESMP compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do indivíduo, 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 (OE, 2018). Não só “coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental”, implementa cuidados diferenciados e individualizados quer aos utentes quer a seus cuidadores nas diferentes fases da vida, bem como “projetos que promovam o bem-estar e saúde mental dos clientes que necessitem de cuidados, na comunidade ou em instituições; incluindo medidas de suporte aos cuidadores” (Regulamento n.º 515/2018, p. 21428), pelo que se enquadra no core de Focos do Resumo Mínimo de Dados da área de ESMP.

O EESMP no decorrer da prestação de cuidados desenvolve competências assentes nos padrões e condutas da profissão mas também passa por um processo de desenvolvimento a nível pessoal, assentes na mudança de paradigma, deixando de prestar cuidados ao indivíduo em situações de mudança da sua condição de saúde, ao longo do ciclo de vida, passando a acompanhar o indivíduo, como ser holístico, incluindo espiritual, na perspetiva de enfrentar a sua condição, saudável ou doente, em risco de vida ou não, na tomada de consciência dessa mesma condição e finitude por forma a expandir/transcender e integrar essas mudanças alcançando sensação de bem-estar. Tal processo de desenvolvimento e autoconsciência ocorre no próprio enfermeiro, assente na teoria de autotranscendência de Pamela Reed.

Segundo Smith e Parker (2015, p.421) a teoria da Autotranscendência assenta no pressuposto que os indivíduos podem “perceber as suas auto-fronteiras, mas que também têm a capacidade



de expandir ou ajustar esses limites de maneiras positivas, trazendo novas perspectivas de si e do mundo.”, e assim capacitá-los para expandir limites pessoais nos diferentes contextos numa perspectiva positiva.

Em suma, a Autotranscendência refere-se as mudanças e capacitação que o indivíduo tem em perceber as fragilidades e limites suas e a dos outros, ampliando as fronteiras da sua personalidade, orientando suas perspectivas e atividades por forma a alcançar objetivos, preparando-o inclusive para as diversas perdas que ocorrem ao longo da vida para que esse processo de luto e desapego decorra de forma normativa com a tomada de consciência da própria finitude do ser humano. Os cuidados de enfermagem assentam na orientação para a promoção de condutas e mudanças de perspectiva, tendo por base a autorreflexão, altruísmo, esperança e fé em indivíduos vulneráveis, com o intuito de obter sensação de bem-estar.

A teoria assenta em três conceitos: A **vulnerabilidade**, “*Vulnerabilidade é a consciência da mortalidade pessoal*” (Reed, 2003, *as cited in* Parker & Smith, 2015, p. 422), a **autotranscendência** (flutuações que ocorrem na percepção de limites desencadeando ampliação dos seus pontos de vista sobre si mesmo e o que rodeia) e o **bem-estar**, “a sensação de se sentir completo e saudável, de acordo com os próprios critérios de integridade e bem-estar” (Parker & Smith, 2015, p. 422-423).

Transpondo para a saúde mental, esta teoria é passível de aplicar em qualquer indivíduo vulnerável, independentemente da etapa do ciclo vital em que se encontra, com consciência da sua finitude, bem como aos cuidadores, sejam eles cuidadores formais ou informais, para que possam alcançar o bem-estar ideal.

Em termos de aplicabilidade da teoria faz sentido explorar os sentimentos de cada um, de forma individual, não só no âmbito da teoria, mas também com a avaliação, fazendo uso quer da escala da espiritualidade quer da autotranscendência, por forma a perceber as estratégias adotadas para sentirem esse bem-estar perante a vida.

No que diz respeito a saúde mental e de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2014), caracteriza-se como sendo “um estado de bem-estar no qual cada pessoa concretiza o seu próprio potencial” (s.p.).

É neste contexto de maior conhecimento de si próprio e uso com instrumento terapêutico para reforçar a relação terapêutica e de confiança entre o enfermeiro/utente que o EEESMP se destaca.

O Modelo Rogeriano segundo Valente, Sequeira e Sampaio (2020) assenta na “prática centrada no cliente (...) que privilegia a interação entre o profissional e cliente no processo terapêutico, permitindo que o terapeuta se torne um facilitador do processo.” (p.20), segundo os mesmos autores, tendo por base o modelo Sistémico, consideram que no processo terapêutico existem intervenientes “sistemas” cuja interação assenta na globalidade, estabelecendo uma relação por forma a que a mudança ocorra. “A intervenção do psicoterapeuta reside no facto de este, que vem “de fora”, entrar e ampliar o sistema.” (p. 22). Este modelo é utilizado sobretudo nas intervenções psicoterapêuticas com grupos.

Transpondo para as competências específicas do EEESMP para além de incluir a relação por excelência, a mobilização de si mesmo como instrumento, bem como de competências “psicoterapêuticas, socio-terapêutica, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa”, como ser bio-psico-social, cultural e espiritual ao longo do ciclo da vida. “Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o *insight* sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução.” (OE, 2018, p.6).

Ao longo da vida, o indivíduo vai vivenciando diversas perdas, quer seja por mudanças (escola, emprego, relações) cujo processo não é linear, influencia as emoções, os pensamentos e os comportamentos, quer seja por perdas de algo (imagem corporal, capacidades, faculdades mentais). Estas perdas podem advir de alguém significativo dando origem a um processo de Luto, sendo que esse processo tem diversas fases e pode ocorrer de uma forma normativa ou dar origem a um processo disfuncional a nível físico, psíquico e emocional que pode levar a uma incapacidade funcional.

O luto é caracterizado como sendo uma emoção com manifestação de sentimentos tais como a exaustão, cansaço extremo, choro dependendo da fase em que se encontra neste processo. É igualmente considerado como sendo um processo com resposta psicológica com o propósito de o ultrapassar caracterizada por “reação emocional para ajudar a ultrapassar uma grande perda pessoal, sentimentos de pena ou perda extrema, que se processam através do pranto e do nojo; trabalho consciente com reações e emoções de sofrimento” (CIPE, 2019, s.p.).

O processo de luto, como anteriormente caracterizado, define um misto de sentimentos e diferentes fases desse mesmo processo quando este decorre de uma forma, denominada normal. “O luto é um processo normal complexo que inclui respostas emocionais, físicas, espirituais, sociais e intelectuais, bem como, comportamentos através das quais as pessoas, famílias e



comunidades incorporam uma perda real, antecipada ou percebida na sua vida quotidiana.” (Herdman, 2012, citado por Sequeira, Gonçalves & Sampaio, 2020, p.131).

O Luto pode ser caracterizado como sendo um processo que decorre num espaço temporal mais ou menos longo, tendo em conta a natureza da relação entre o indivíduo e a pessoa falecida, sendo uma vivência única e que tem o seu tempo, a rede de suporte, nomeadamente familiares e amigos é fundamental (DGS, 2020, s.p.), para os profissionais de saúde este processo, para além da experiência vinculativa que se cria, torna um grande desafio trabalhar com o cuidado entre a vida e a morte (Fernandes et al., 2016)

Perante a aproximação da morte, com a dependência e alteração da imagem corporal, os Cuidadores Formais (CF) vivenciam momentos de grande sofrimento ainda mais exacerbados neste contexto pandémico. Cuidar da pessoa esteja ela institucionalizada, internada ou em casa, requer por parte do cuidador formação, conhecimentos, experiência e exige dele uma gama complexa de cuidados, pois envolve a dimensão física, psicológica, social, ética, emocional e espiritual.

Tendo em conta a situação pandémica vivenciada, a ausência da presença e proximidade física, de um abraço por parte dos outros, até mesmo da impossibilidade de acompanhar diretamente o utente, do momento da despedida e até da respetiva homenagem no ritual fúnebre, podem constituir-se potenciadores de maior vulnerabilidade e solidão, tornando o processo de luto mais penoso, complexo e passível de ser mais prolongado.

Segundo Crepaldi et al (2020), Hamilton (2016) e Selman et al (2020) o luto disfuncional pode também ser definido como luto prolongado ou patológico, onde estão presentes: (1) falta de sentido na vida; (2) intensa tristeza associada ao afastamento das relações sociais; (3) recorrência de pensamentos invasivos sobre o falecido; e (4) alterações no humor gerando manifestações eufóricas (raiva excessiva, ansiedade) ou melancólicas (culpa e vergonha).

“Viver uma crise (perder alguém querido) dentro de outra crise (a pandemia) pode acentuar a ansiedade e o risco de depressão.” (DGS, 2020, s.p.)

A pandemia veio reforçar o risco de um processo de luto disfuncional tendo em conta que os indivíduos estão mais vulneráveis e mais suscetíveis para o desenvolvimento de problemas de saúde mental (depressão, ansiedade), não esquecendo que o contexto da perda é absolutamente anómalo (Eisma et al., 2020; Mortazavi et al., 2020).



A abordagem realizada pelo EEESMP, através de intervenções psicoeducacionais, socio-terapêuticas, psicossociais e psicoterapêuticas, permite atuar no âmbito da promoção na doença mental, com destaque no controlo de sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais, permitindo um apoio global, com o intuito de acompanhar todo este processo de luto e que este decorra de forma natural, e atuar igualmente na prevenção de luto prolongado ou patológico fazendo cumprir assim o recomendado na norma nº 003/2019 (DGS, 2019).

Cabe igualmente ao EEESMP atuar na prevenção do luto prolongado pois se este mesmo processo ultrapassar os seis meses e se manifestar por um período superior a um mês, define-se como luto disfuncional que se caracteriza como sendo um “distúrbio que ocorre após a morte da pessoa significativa, em que a experiência de sofrimento que acompanha o luto falha em atender às expectativas normais e manifesta-se como prejuízo funcional” (Herman & Kamitsuru, 2018, p. 653).

Para poder realizar uma avaliação correta com o propósito de intervir nas manifestações perante um processo de luto disfuncional dos CF, foi desenhado um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PMQCQE) seguindo a metodologia do ciclo de Deming (*Plan, Do, Check, Act / Adjust*) (Conselho de Enfermagem, 2013) que incluiu as seguintes etapas: Identificação do problema, Análise do Problema e identificação do processo de luto dos CF como um problema, Objetivos, Causas, Executar atividades, verificar Resultados, Propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa; Reconhecer e partilhar o sucesso.

3.1. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

Para melhor perceber o problema é igualmente necessário caracterizar o contexto onde ele pode surgir, proceder a comparações efetuando uma revisão bibliográfica e assim conhecer as causas mais comuns e quais as intervenções, no âmbito da saúde mental e psiquiátrica, que assentam na evidência científica, que apresentem sucesso na prevenção do luto disfuncional, prolongado ou patológico nos CF, independentemente onde este possa ocorrer, em contexto hospitalar, institucional ou no domicílio.

Portugal, bem como noutros países europeus, tem vindo a registar nas últimas décadas profundas transformações demográficas caracterizadas pelo aumento da longevidade e da



população idosa e comparativamente a redução da natalidade e da população jovem (Despacho nº 12427 de 2016).

No triénio 2019-2021, verificou-se uma redução da esperança de vida à nascença relativamente ao triénio anterior (2018-2020), de 81,57 anos para 81,18 anos, cerca de 4 meses, de acordo com os dados recolhidos referente à Região de Leiria (Instituto Nacional de Estatística, 2023).

Segundo dados obtidos através da Carta Social (2022) publicada pelo Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, existiam 45 Estruturas Residenciais para Idosos inscritas com 1.698 idosos institucionalizados no Concelho de Leiria.

A literatura internacional salienta que os profissionais de saúde que trabalharam várias horas na linha da frente da pandemia por Covid-19, continuamente expostos ao sofrimento e morte das pessoas infetadas com Covid-19, e muitas vezes a trabalhar em condições precárias e em sobrecarga, sofreram eles próprios de altos níveis de exaustão física e sobretudo psicológica, com sintomas de depressão, stress, ansiedade e insónia (Chang et al., 2019; Huang & Zhao, 2020; Sampaio, Sequeira & Teixeira, 2021).

A revisão da literatura sobre o impacto da pandemia na Saúde mental dos profissionais de saúde evidenciou a presença de trauma relacionado com o stress numa prevalência de 7,4 a 35%, em especial em mulheres jovens, enfermeiras, a trabalharem na primeira linha de cuidados à Covid-19, e que referem sintomatologia física associada (Benfante, Di Tella, Romeo & Castelli, 2020). Numa outra revisão sistemática com metanálise confirmou-se a presença de stress pós-traumático, ansiedade e depressão é maior nos médicos, enfermeiros e profissões relacionadas com a saúde comparativamente à população em geral, com prevalências de 49%, 40% e 37% respetivamente (Saragih et al., 2021).

Ainda que a responsabilidade de cuidar das famílias em luto seja dos profissionais, perante as situações de importa perceber as condições em que vivenciam os fenómenos associados ao processo de luto profissional. A literatura reporta estudos maioritariamente realizados juntos de médicos, enfermeiros em ambiente hospitalar. Não foram encontrados estudos realizados com Cuidadores Formais não academicamente qualificados e que foram expostos aos mesmos fenómenos, como é o caso dos assistentes operacionais e assistentes familiares.

Pareceu por isso pertinente atender a estes profissionais, caracterizar a experiência e os contextos, identificar as suas necessidades e dificuldades, escutá-los para percecionarem as suas



vivências de luto profissional avaliar as estratégias de coping desenvolvidas e já existentes que influenciam as experiências e capacitá-los para vivenciar o processo de luto de forma normativa. Avaliar e relacionar os níveis de ansiedade bem como na alteração de horários e procedimentos podem influenciar o processo de luto e a saúde mental dos CF.

3.2. O PROCESSO DE LUTO COMO PROBLEMA

Como já mencionado, o luto é um processo com respostas emocionais (sendo uma delas a manifestação de ansiedade, tristeza, angústia mental), físicas (como a exaustão, o cansaço extremo e letargia), espirituais (descrença), sociais e intelectuais.

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) e a Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental (2020), no âmbito do Luto em tempo de pandemia Covid-19, apresentam algumas sugestões para ultrapassar este processo tais como “falar sobre a perda com familiares e amigos; expressar as emoções junto de alguém de confiança ou expressá-las de uma outra forma” (s.p.), podendo ser através da escrita, da retoma à rotina diária adotando eventualmente novos hábitos tais como o exercício físico, cuidados alimentares por forma a sentir-se melhor consigo próprio, bem como horas de descanso e hábitos de higiene do sono. Segundo os mesmos autores, outra sugestão poderá ser a de providenciar um ritual de despedida e homenagem, nem que seja simbólica, reunindo familiares e amigos permitindo este acontecimento seja uma partilha coletiva.

Já o Despacho nº 3254/2018, realça que as necessidades das pessoas enlutadas requerem por parte do SNS uma atenção especial pois representam o risco de desenvolver complicações físicas e mentais, de 10 a 30% dos casos, dando origem a perda de qualidade de vida para as próprias e para seus familiares e comunidade.

Detetar precocemente o luto disfuncional, prolongado ou patológico, e capacitar os CF de estratégias facilitadoras neste processo perante a finitude dos utentes, visando a melhoria do bem-estar dos próprios e dos utentes de quem cuidam, são competências específicas do EEESMP. Segundo a OE (2018, p.21427) as estratégias deverão ser alcançadas através de intervenções no âmbito de “cuidados psicoterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual”, e/ou de grupo de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde mental.



A relevância desta questão levou a que a OMS a incluir a Perturbação de Luto Prolongado na Classificação Internacional de Doenças. Torna-se, portanto, necessário que o SNS otimize a capacidade de intervenção nas situações de luto complexo e persistente, contribuindo para garantir que todos os cidadãos com estas necessidades tenham acesso a cuidados especializados na prevenção e tratamento do luto prolongado, através da sua identificação precoce, da intervenção no período agudo e do apoio especializado em casos de situações de grande complexidade.

As circunstâncias particulares e as características que definem as mortes por Covid-19, nomeadamente as circunstâncias da própria doença com isolamento da pessoa doente, frequentemente sem a presença de familiares, comunicação limitada através de máscaras ou viseiras, ocorrência rápida da morte (frequentemente súbita e/ou inesperada), remoção do cadáver, também em isolamento; Os rituais fúnebres foram alterados, com poucas oportunidades de despedidas ou de observar as práticas culturais ou religiosas de luto, que associadas a mudanças nas condições de vida, podem conduzir ao arrependimento ou raiva relativamente à possibilidade de evitar a morte, ao distanciamento e isolamento social (Stroebe & Schut, 2021).

São raros os estudos que exploraram os processos de luto ou o luto complicado enfrentado pelas profissionais de saúde (Das, Singh, Varma & Arya, 2021).

As experiências dolorosas vivenciadas durante a pandemia irão exigir resiliência, tempo e reflexão na procura de significado, questionando antigas suposições e lutando com uma conceção substancialmente alterada de nós próprios e das nossas relações com os outros (Walsh, 2020).

Este projeto assenta nas intervenções do EEESMP na promoção de um processo de luto normativo e prevenção de um processo de luto disfuncional, prolongado ou patológico que poderá dar origem a perda de qualidade de vida dos indivíduos em processo de luto.

3.3. OBJETIVOS

Partindo destes pressupostos e da experiência profissional, colocam-se as seguintes questões: *Que sentimentos e emoções são vivenciados pelos cuidadores formais perante a perda do utente alvo de cuidados, no contexto pandémico? Qual o impacto psicológico dessas perdas nos*

cuidadores formais? Que fatores facilitadores e stressores/dificultadores do processo de luto são passíveis de configurar estratégia de coping?

O interesse por este tema prendeu-se ao facto de ter vivenciado, na primeira pessoa, o impacto que a pandemia por Covid-19 causou nas instituições residenciais para idosos, as mortes que ocorreram em curto espaço de tempo e a forma como tudo isto se refletiu nos CF. De facto, foi nessas instituições que se verificou uma elevada percentagem de mortes, nem todas por Covid-19, associadas também ao isolamento forçado a que foram sujeitos, desprovidos de contacto físico com seus familiares e amigos, até mesmo entre utentes e profissionais da instituição. Pareceu-me pertinente atender a estes profissionais, identificar as suas necessidades e dificuldades, capacitá-los para vivenciar o processo de luto de forma normativa, avaliar as estratégias de coping desenvolvidas e já existentes que influenciam esse mesmo processo. Avaliar e relacionar os níveis de ansiedade bem como na alteração de horários e procedimentos podem influenciar o processo de luto e a saúde mental dos CF.

As experiências dolorosas vivenciadas durante a pandemia irão exigir resiliência, tempo e reflexão na procura de significado, questionando antigas suposições e lutando com uma conceção substancialmente alterada de nós próprios e das nossas relações com os outros (Walsh, 2020).

3.4. PERCEBER AS CAUSAS

Por forma a proceder as causas que deram origem ao problema apresenta-se a figura 1 com representação gráfica da análise de causa-efeito com uso do instrumento Espinha de Ishikawa.

A demonstração das causas mais comuns permite analisar o problema, delinear o plano de atuação e planear as atividades para a caracterização do processo de luto e propor as intervenções do EEESMP que emergem da investigação e que mais se adequam à prevenção do luto disfuncional, prolongado ou patológico nos CF.

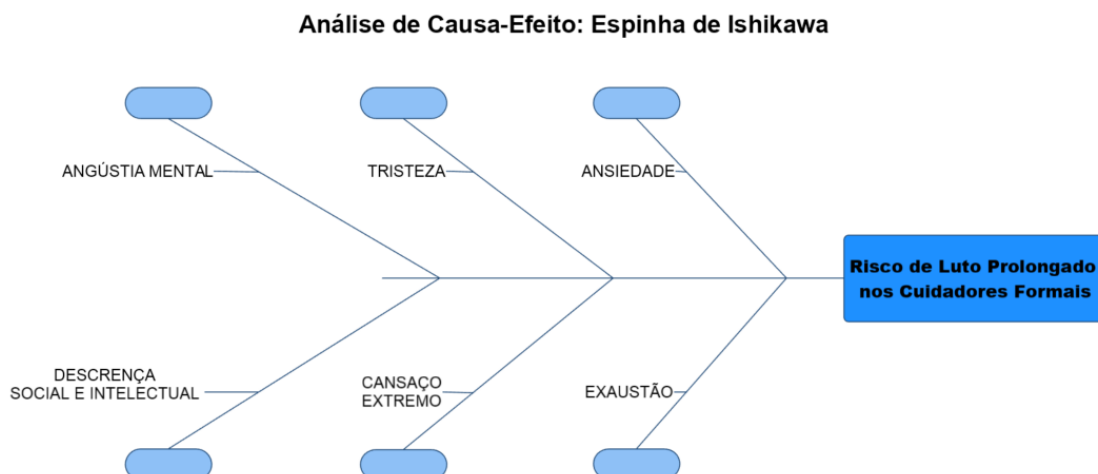


Figura 1 - Espinha de Ishikawa

Identificação da dimensão em estudo

A dimensão estudada é o luto e a prevenção de complicações, em particular o luto prolongado, decorrente de desadequação do processo de luto por “reação exagerada, prolongada, retardada ou inibida face à perda insere-se na atuação dos EEESMP (Sequeira e Sampaio, 2020), pode evoluir para o luto disfuncional. Considerando a intensidade dos cuidados junto das pessoas doentes com Covid-19, o luto (profissional) que ocorre após a morte de uma pessoa significativa (o utente alvo de cuidados), em que a experiência de sofrimento que acompanha o luto falha em atender às expectativas normais, nomeadamente decorrentes de dificuldades na comunicação, no acompanhamento do processo de morrer e na realização de rituais e que se manifesta como um prejuízo funcional (Herman & Kamitsuru, 2015, citado por Sequeira e Sampaio, 2020).

Este projeto assenta na exploração do processo de luto profissional em Cuidadores Formais para, a partir daí, propor intervenções do EEESMP na promoção de um processo de luto normativo e prevenção de um processo de luto disfuncional, prolongado ou patológico junto dos CF, e que poderá dar origem à sua perda de qualidade de vida ou à diminuição da qualidade dos cuidados que prestam aos utentes.

Relaciona-se com a investigação e estudo de natureza qualitativa, com vista à produção e divulgação de saberes técnico-científicos, nomeadamente: a) a compreensão do processo de luto profissional, b) desenho de intervenções de cariz psicoeducativo e de suporte emocional



aos CF, c) identificação de estratégias de autocuidado da equipa de profissionais e d) sugestões para a organização dos cuidados.

Unidades de estudo | participantes

A unidade de estudo corresponde aos sete participantes que foram selecionados a partir de duas estruturas residenciais para idosos de uma cidade da região centro de Portugal

A seleção intencional dos participantes obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: ser CF que trabalhou na linha da frente no cuidado de pessoas com Covid-19; ter vivenciado uma ou mais perdas por morte de utentes em contexto pandémico (por Covid-19 ou por Agravamento da sua Condição Clínica (ACC)); ter condições e aceitar falar sobre o processo de luto. Foram excluídos os CF que não vivenciaram nenhuma perda em contexto pandémico e os que sofreram perdas significativas há menos de 6 meses.

Foi garantido o consentimento informado, livre e esclarecido, cumprindo os pressupostos do artigo 100 do código deontológico dos enfermeiros (OE, 2015) (Apêndice II). Foram ainda garantidos o sigilo e o anonimato dos participantes. De salientar que foram cumpridos todos os princípios éticos baseados no respeito pela dignidade humana, sem riscos ou inconvenientes pelos participantes deste estudo. O estudo, assenta sobre os princípios da privacidade e confidencialidade da declaração de Helsínquia de 2013 (World Medical Association, 2013) e representa uma extensão do estudo do luto dos cuidadores familiares em tempos de pandemia, aprovado pela Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Leiria. Foram igualmente garantidas a confidencialidade e a segurança da informação recolhida, a privacidade e respeito pelos entrevistados, bem como o reconhecimento dos seus valores e direitos e a oportunidade de recusar em participar ou retirar o seu consentimento em participar a qualquer momento. As informações recolhidas foram registadas em ficheiro e plataformas próprias com acesso restrito com palavra-passe à qual apenas os investigadores tiveram acesso.

Fontes dos dados

a) Guião de entrevista semiestruturado (Apêndice III)

Composto por uma primeira parte com questões de caracterização sociodemográfica (idade, género, escolaridade), caracterização profissional (categoria profissional, número de anos de experiência profissional, contexto de trabalho, medidas instituídas no contexto de trabalho



relacionadas com a pandemia, informação disponibilizada pelo local de trabalho sobre a pandemia) e questões relacionadas com as perdas anteriores (tempo desde a morte do último utente cuidado, perdas prévias pessoais e período temporal em que aconteceram).

A segunda parte do guião é constituída por questões abertas em diferentes domínios de exploração da experiência do processo de luto: (1) Vivência da progressão da doença (perceção da gravidade da situação de doença e vivência do tempo de doença com exploração dos meios de comunicação); (2) Circunstâncias da Morte (como teve conhecimento da morte, reações à notícia, condições e ritos de despedida, circunstâncias da perda e o que ficou por dizer/fazer); (3) O Luto no presente (emoções e sentimentos experienciados no processo de luto, principais preocupações vivenciadas, estratégias utilizadas para minimizar o impacto, ajudas necessárias durante o processo de luto); (4) Perspetivas em relação ao futuro (o que espera no futuro, como pensa ultrapassar / integrar a perda, sugestões para a melhoria do apoio nestas situações).

- b) Aplicação da Escala de Coping com a Morte (ECM) (Anexo I) – Trata-se da versão portuguesa do instrumento *Coping with Death Scale*, com 30 itens, traduzido e validado por Camarneiro e Gomes (2015). É um instrumento que permite avaliar o processo através do qual o indivíduo dirige as suas cognições e comportamentos para resolver as fontes de stress associados à morte e assim regular as reações emocionais (Lazarus, 1993; Camarneiro & Gomes, 2015). A ECM constituída por 26 itens que no total avaliam o coping com a morte numa escala do tipo Lickert com sete possibilidades de resposta (num contínuo de 1 a 7, em que 1 corresponde a discordo totalmente e 7 corresponde a concordo totalmente). A pontuação final é conseguida através da soma de todos os itens, não apresentando na sua versão portuguesa itens reversos, num score total entre o mínimo de 26 e máximo de 182 pontos, com muito boa consistência interna ($\alpha=0,89$). A escala apresenta uma estrutura em dois fatores: *Coping* com a própria morte (14 itens, $\alpha=0,85$) que avalia a compreensão, conhecimento e expressividade de emoções e integra os itens 1,2,3,5,6,7,8,9,10,11,12,15,17,18, e *Coping* a morte dos outros (12 itens $\alpha=0,85$) que avalia as competências para comunicar com, e/ou, ajudar os enlutados e doentes terminais, nos itens 4,13,14,16,19,20,21,22,23,24,25,26.
- c) Escala de avaliação de Sobrecarga com o Luto Profissional (ESLP) (Anexo II) – Trata-se da versão portuguesa do instrumento *Overload Professional Grief Scale*, derivada dos itens da “*Development of a Short Form Inventory*” e do “*Hospice Clinician Grief Inventory*”,

traduzida e validade para a população portuguesa por Gama, Barbosa e Vieira (2011). É um instrumento que permite avaliar a intensidade de luto em profissionais expostos a mortes frequentes. A ESLP é constituída por 15 itens na versão portuguesa, que avaliam a sobrecarga do luto profissional numa escala do tipo Likert com 5 possibilidades de resposta (num contínuo de 1 a 5, em que 1 corresponde a discordo fortemente e 5 corresponde a concordo fortemente). Nesta escala quanto maior for a pontuação obtida, maior é a sobrecarga de luto profissional, com muito boa consistência interna ($\alpha=0,81$). Através da análise de componentes principais, com rotação varimax ortogonal, os mesmos autores referem que foi possível extrair quatro fatores: o fator 1 designado de “Confinamento atormentado”, composto por 7 itens (2, 5, 6, 10, 12, 13, 14), refere-se a situações em que o profissional, exposto a perdas múltiplas cumulativas, manifesta uma restrição na sua vida pessoal, limitando os contactos com a família e os outros, não se dando tempo a si próprio, com preocupações frequentes sobre as perdas de utentes que estiveram ao seu cuidado e sentimento de ter a vida encarcerada, sem liberdade devido às responsabilidades e exigências profissionais; o fator 2 designado de “Esforço emocional no cuidar”, integra 3 itens (8, 9, 15), refere-se à dor mental ou às dificuldades emocionais sentidas que ocorrem no cuidar destes utentes em fase terminal comparativamente com outro tipo de utente; o fator 3 designado de “Perda nostálgica”, integra 2 itens (1, 4), refere -se aos sentimentos de ausência, saudade e/ou vazio relativo aos utentes falecidos; o fator 4 designado “Partilha incompreendida”, integra 3 itens (3, 7, 11) e refere -se à dificuldade ou impossibilidade de validação ou legitimação dos sentimentos experimentados pelo profissional na sequência da morte dos seus utentes, por familiares, amigos e colegas. Os 4 fatores correlacionam-se de forma estatisticamente significativa, entre eles e com o total.

3.5. PLANEAR E EXECUTAR AS ATIVIDADES

As atividades desenhadas para explorar o processo de luto dos CF foram suportadas no paradigma qualitativo, numa abordagem naturalista e qualitativa, seguindo os princípios da *Grounded Theory*.

3.5.1 Tipo de estudo

A *Grounded Theory*, também designada por teoria fundamentada, foi desenvolvida pelos sociólogos Barney Glaser e Anselm Strauss na década de 1960. Sua utilização como método de pesquisa teve publicação a partir de 1967 e ainda usada nos dias de hoje (Costa, 2013; Glaser & Strauss, 1967). A sistematização técnica e procedimentos de análise capacitam o investigador para desenvolver teorias sobre o modo da vida dos indivíduos, uma vez que alcança significado, concilia a teoria e ao que é observado, capacidade de generalizar e reproduzir com precisão, rigor e verificação (Strauss & Corbin, 2008). A versão Straussiana caracteriza-se por ser um método mais estruturado e confere ao investigador um conjunto de ferramentas que o ajuda na descoberta de novos conceitos e é caracterizada pelo equilíbrio entre a subjetividade e a objetividade (Freitas & Bandeira de Melo, 2012).

A *Grounded Theory* permite a construção de uma teoria baseada nos dados investigados de determinada situação, de maneira indutiva ou dedutiva que, mediante a organização em categorias conceituais, possibilita explicar o fenómeno investigado (Strauss & Corbin, 2008). Esta metodologia é uma ferramenta relevante neste processo de análise e atribuição de significado aos dados recolhidos uma vez que considera o sujeito alvo do estudo um participante ativo na compreensão do fenómeno, respondendo a questões particulares, num espaço mais profundo das relações, envolvendo crenças, valores e significados.

3.5.2 Participantes e recolha da informação

Os participantes foram intencionalmente selecionados por aplicação dos critérios de inclusão. Paralelamente a esta abordagem, foi utilizada a técnica de bola de neve para aceder a participantes cuja experiência fosse idêntica ou diferente a fim de caracterizar a experiência o mais de um modo mais amplo.

O procedimento para o agendamento da entrevista seguiu um processo sistematizado idêntico para todos os participantes. O primeiro passo foi verificar a disponibilidade de cada entrevistado, agendar dia, hora e local mais conveniente para a realização das mesmas. Antes de dar início a entrevista, foi explicado o propósito do estudo e obtido o consentimento informado. As entrevistas realizaram-se presencialmente ou via Zoom, e as respostas dos participantes foram exaustivamente registadas pelo investigador. Iniciou-se a entrevista pela colheita de dados sociodemográfico, seguido pelas perguntas abertas de acordo com o guião,



que em cada uma das entrevistas e dependendo da especificidade, foi adequado à fluência do discurso dos participantes. Por último foram aplicados os instrumentos de avaliação do coping com a morte (ECM) e da sobrecarga por luto complicado (ESLP). Todos os dados foram recolhidos entre 1 a 2 anos após a morte da pessoa cuidada ou ente querido.

3.5.3 Tratamento e análise da informação

A utilização da *Grounded Theory* como abordagem, permitiu um maior detalhe no processo de análise de dados. A aplicação do método inicia por uma microanálise, necessária para gerar as categorias no estudo, dando origem a codificações e a sugerir relações entre elas, num processo de constante comparação.

A codificação é a parte central da análise dos dados e o processo desta organiza-se em três etapas: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva (Strauss & Corbin, 2008; Bandeira de Melo, 2006).

De seguida, ocorre a primeira recolha e ordenação dos dados para sua posterior análise, com base no protocolo iterativo nas três etapas. Em suma, neste processo, aponta-se para o desenvolvimento de uma teoria mediante a saturação teórica ou algo próximo disso. Este processo é cíclico e geralmente está carregado de várias recolhas e análises do corpus de dados.

O processo de análise semi-indutiva dos dados foi realizado através do software WebQDA.

O WebQDA surgiu em 2010 como um dos primeiros *softwares* a tratar documentos em texto, áudio, vídeo e imagem completamente online. Este sistema é registo de marca da Universidade de Aveiro em parceria com empresas de tecnologia portuguesas (Neri de Souza, Neri de Souza, Costa, Moreira & Freitas, 2017). O programa permite um trabalho colaborativo, online, com uso de uma estrutura simples e compreensível, cujas ferramentas estão reunidas em 3 grandes áreas (fontes, codificação e questionamento), interligadas de forma simples e dinâmica (Neri de Souza & Neri de Souza, 2022).

O tratamento da informação foi realizado por dois investigadores.

Os resultados obtidos permitiram a caracterização do processo social básico do luto profissional em tempos de pandemia, o impacto psicológico nos CP, a identificação de fatores facilitadores e stressores/dificultadores do processo, indicando estratégias de *coping*. Os resultados

facilitarão o desenho de intervenções de cariz psicoeducativo e de suporte emocional aos CP, bem como a identificação de estratégias de autocuidado das equipas de profissionais.

3.6. RESULTADOS

3.6.1 Caraterização dos participantes

Dos sete participantes (P): seis elementos do sexo feminino (P1 a P6) e um do sexo masculino (P7), com idades compreendidas entre os 32 e os 60 anos, na sua maioria com 12º ano de escolaridade; e com uma média de 13,14(±3,43) anos de experiência profissional como cuidadores formais em pelo menos dois contextos diferentes. P4 e P7 foram os únicos que nunca lidaram com a perda de um familiar ou ente querido. Todos vivenciaram a morte de utentes no seu contexto profissional, mas foi essencialmente o agravamento da condição clínica (ACC), a causa de morte. Os contextos profissionais variam entre Hospital (H), UCCI, Instituição Residencial para Idosos (Inst.) e serviço de apoio domiciliário.

Quanto à escolaridade, a exceção de P1 e P3 possuem o 9º ano, os entrevistados possuem o 12º ano sem formação específica na área de gerontologia, o conhecimento dos cuidados a prestar advém da partilha de conhecimento aquando da integração na Inst. onde exercem a sua atividade e pela experiência adquirida ao longo dessa mesma atividade.

3.6.2 Caraterização dos contextos da perda

Da análise das entrevistas foi possível perceber que os contextos e circunstâncias da morte dos utentes foi determinante na reação emocional e na gestão das emoções.

Escassez de recursos e a quantidade de utentes levou a necessidade de mudanças estruturais para dar respostas as necessidades, nomeadamente a utilização de EPI, alteração de horário laboral levando a ter de constituir equipa, com menor número de elementos, para trabalhar em espelho com sobrecarga horária, chegando a trabalhar 7 ou 14 dias consecutivos 12 ou 24h para depois serem substituídos e usufruir do mesmo tempo em casa para descanso, respeitando as medidas implementadas e evitar possíveis contágios.



A falta de descanso, as condições precárias de trabalho, em algumas Inst. a escassez de EPI's, são apontes como fatores stressores (Figueiredo, Gutierrez, Darder, Sila & Carvalho, 2020) bem como a gestão do medo em contrair ou contagiar família e utentes alvo de cuidados, foram identificadas como as situações que mais contribuem para os CF sentirem *stress*, indo ao encontro da investigação realizada por Bilal, Saeed e Yousafzai (2020).

“Chegamos a ter 20 utentes com covid ao mesmo tempo... acho que o sentido de responsabilidade [causa stress]...” (P1)

“Sentia-me um robot, era prestar os cuidados de higiene, posicioná-los e alimentá-los... não se criavam laços... tínhamos 32 camas...” (P2)

“Dia sim dia não, sozinha com 2 enfermeiros...nesse 1º surto foram 18 utentes, 9 enfermeiros e 4 auxiliares contaminados... ainda se falou em fechar o serviço..., mas não dava, 32 camas sempre ocupadas... ainda hoje temos utentes com covid”(P2)

“Depois do 1º confinamento foi permitido a entrada de uma visita por utente, não covid, 30min., uma a duas vezes por semana, chegava ao serviço era testado, era-lhe facultado o equipamento de proteção e entrava. Tinha de ser sempre a mesma visita por utente para “controlar” o risco de contágio, sempre que havia surto no serviço fechava-se o serviço as visitas.” (P2)

Relativamente aos rituais de despedida

As medidas de proteção do Covid-19 criaram um cenário pós-morte desafiante. Os rituais fúnebres foram constantemente adiados ou realizados à distância, com a presença de 10 pessoas no máximo (Lei nº2-B/2020 de 2 de abril de 2020; Observador, 2020), tendo sido necessário minimizar as interações sociais durante essas mesmas cerimónias. Essas medidas foram sendo alteradas ao longo da pandemia, mas estes fatores limitaram a possibilidade de familiares e entes queridos se despedirem, prestarem homenagem a pessoa falecida, e realizarem os rituais fúnebres (Cardoso et al., 2020). O impedimento de prestar homenagem, estar presente contribui para uma ausência ou défice de apoios coletivos aos enlutados, sejam eles físicos ou espirituais, aumentando o risco de serem desenvolvidos sentimentos de culpa por não estar presente e de abandono por não poder contar com o suporte da sua rede social, familiares e amigos ou colegas, podendo dar origem ao desenvolvimento de um processo de luto prolongado ou desadaptativo (Aguilar, Pinto & Duarte, 2020). Por outro lado, existem fatores facilitadores fundamentais para que este processo de luto decorra de uma forma adaptativa, normativa, tais com a oportunidade da despedida ou sensação de ter realizado tudo o que estava ao seu alcance ou até mesmo a aceitação dessa mesma perda como um processo natural, de finitude do próprio ser.



“[Os rituais fúnebres] só foi a família, não houve velório, estávamos em pandemia. [...] quando me morre algum utente no meu turno, costumo pedir desculpa por alguma situação ou palavra mal dada” (P1)

“Houve oportunidade para a despedida, quanto ao funeral foi o possível tendo em conta que estávamos em pandemia. Pior foi uma tia que faleceu no final de março de 2020, das primeiras em que só pode acompanhar o filho e a nora... é muito triste, nem pudemos dar o apoio devido.... Custa muito...” (P5)

“Não tive a oportunidade de me despedir, mas senti que tinha feito tudo o que estava ao meu alcance para o seu bem-estar. Dadas as circunstâncias daquela altura, sinto que tudo ficou bem na minha consciência, tudo foi dito e feito.” (P4)

As condições de trabalho e as alterações dos rituais de turno de alguma forma “mecanizaram” os rituais de despedida. Alguns participantes partilharam:

“Sabíamos que na cama x já estava o utente y, era assim que sabíamos que ou o utente tinha falecido ou sido transferido, mas que o desfecho seria o mesmo... sobretudo na passagem de turno ou no decorrer do turno quando tinha de realizar os últimos cuidados... trocar de equipamentos, desinfetar espaço e superfícies, levar para a morgue, desinfetar ao longo do trajeto e regressar, repetir sempre que era necessário... (P2)

3.6.3 Sentimentos e emoções na gestão da perda

Relativamente às emoções e sentimentos expressos pelos participantes, a **tristeza** emergiu como a emoção mais partilhada nos momentos imediatos à perda, muitas vezes em sequência do choque e num misto de pena, revolta e impotência, como ilustram as asserções abaixo:

“Tristeza e pena, alguns davam-nos pena...” (P4)

“Senti uma profunda tristeza, com um misto de revolta e ao mesmo tempo uma sensação de impotência... [por não conseguir fazer mais]” (P4).

“Fiquei em choque, apesar de saber a situação, depois de ter sido novamente operada a cabeça... Esteve sempre consciente e orientada, que dizer quase sempre orientada... O stress foi tal que voltei a fumar...” (P3)

Para um participante, a ausência de experiência pessoal e a **dificuldade em empatizar** com a perda a família enlutada foi percecionada com um sentimento positivo.

“Devido a eu ainda não ter vivenciado a perda de uma pessoa próxima, felizmente, não sou capaz de identificar-me com essa dor e angústia, contudo consigo perceber o sofrimento e luto da pessoa que perdeu o seu ente querido”. (P5)

Ao longo do tempo emerge a **saudade** com que recordam os utentes, **relembrando as boas memórias** e a relação que se estabeleceu. Foram comuns expressões como:

“Alguns utentes marcam. Saudade... sim ...saudade” (P7)

“Saudade... ficam as boas recordações...” (P6)



“Quando me recordo deles sinto alguma tristeza e de alguns... saudades. Tínhamos uma planta lá na instituição que era uma utente que cuidava dela, quando faleceu passei a ser eu... foi ela que me ensinou como devia fazer, pois dizia que eu matava as plantas todas (sorriso). Quando essa planta morreu senti-me tão triste e recordei a Sra. ...Temos objetos que foram ficando e que me recordam de quem partiu, é saudade que eu sinto, sim é saudade...” (P1)

A perceção da realização dos desejos dos utentes e a sensação de conforto tanto para o CF quando para a pessoa falecida, contrasta com as expressões de impotência quando a morte acontece fora da família.

3.6.4 Experiências de luto profissional

No que se refere à experiências de luto profissional e à avaliação da sobrecarga no processo de luto, estatística descritiva da ELP (Apêndice IV), é possível destacar, tendo em conta a mediana apresentada nos diversos itens, isto é valores mais altos e acima de 3,00, significa que os participantes apresentam sobrecarga nos seguintes fatores:

Confinamento atormentado, consequência da exposição às múltiplas perdas cumulativas, foi relativamente escasso no verbatim dos participantes. Também a pontuação da escala de SLP revelou scores abaixo do ponto médio de resposta (Mediana=2,53; M=2,67; DP=1,00), com relativamente baixa perceção de perda de restrição na vida pessoal.

A possibilidade de circular em tempo de restrições pode ter contribuído na restrição na sua vida pessoal, minimizando o sentimento de ter a vida encarcerada, em parte devido às responsabilidades e exigências profissionais. Uma das expressões foi:

“Era estranho, mas eles precisavam de nós, só nos tinham a nós, a família não ia vê-los. Por outro lado, esta liberdade em circular, não ficar fechada em casa, ao contrário de muitos, ajudou bastante...”(P3)

Esforço emocional no cuidar, revela-se evidente nalguns participantes. a pontuação da escala de SLP revelou scores próximo do ponto médio de resposta (Mediana=3,00; M=2,90; DP=1,42),

A perda nostálgica emergiu do relato de alguns participantes. A pontuação da escala de SLP revelou scores acima do ponto médio de resposta (Mediana=3,50; M=3,07; DP=1,20), com manifestação de alguns sentimentos e emoções tais como a **Tristeza, Choro, Nervosíssimo**.

“...Tristeza ao recordar, foi notório que ela piorou, as filhas é que lhe davam força, mas depois só nos tinha a nós...” (P3)



“choro quando tenho de chorar, sozinha em casa ou junto ao mar, é uma dor só minha... chamam-me fria... talvez...” (P2)

“...sinto que ando mais nervosa, revolta por não haver reconhecimento do nosso trabalho.” (P3)

A partilha incompreendida, foi relativa, tendo em conta o verbalizado pelos entrevistados. A partilha dos momentos vivenciados entre pares e equipa multidisciplinar contribuiu para a pontuação da escala de SLP ter revelado scores abaixo do ponto médio de resposta (Mediana=2,67; M=2,80; DP=1,05)

A partilha de emoções, experiências e dificuldades proporciona alívio no apoio por pares com problemas e experiências semelhantes (Ponce et al, 2011).

3.6.5 Estratégias de coping

Relativamente às estratégias para lidar com a morte e a perda, da análise das respostas dos participantes evidenciam-se:

A partilha como estratégia de coping, emergiu do verbatim dos entrevistados como um fator facilitador do processo de luto, e que permite a integração da morte como um processo natural, como exemplificam as asserções abaixo.

“Partilhar, a partilha é muito importante com a família se for possível (nem sempre nos entendem, mas não é o meu caso) ou com colegas que trabalham connosco ou na mesma área pois elas entendem melhor o que nós passámos”(P1)

“Partilhar as experiências ajuda, sou boa ouvinte. Falar sobre as coisas ajuda... não sou de falar mas ouvir sim, acho que isso ajuda”. “sempre que nos encontramos, e tentamos que isso aconteça, as colegas da UCCI pois muitas já lá não trabalho, acabamos sempre por falar em trabalho e no que vivemos juntas na UCCI ou que estamos a viver; este apoio, amizade é muito importante para mim, talvez seja este tipo de ajuda que todos precisam”. (P4)

“Falar sobre o assunto, permitir que se fale na morte de forma natural, faz parte da vida e ouvir, partilhar ajuda.” (P5)

Oportunidade de prestar homenagem, de despedida e estar presente quando ocorreu a morte pode ser considerado um fator facilitador neste processo de luto

“A oportunidade de despedida é importante nesta fase. Permitir haver uma homenagem ajuda”(P7)

“acho que cada um tem que encontrar a forma, foi uma experiência tão má que nem sei como poderei ajudar, ninguém me ajudou a mim” (P3)

“a pandemia e o que vivemos deixou me assim, não durmo bem e passei a tomar medicação para conseguir dormir, mas é medicação natural.” (P3)

Em suma os CP entrevistados apresentam, na sua maioria, processos de luto normativos, apresentando ligeira sobrecarga de luto profissional. Assumem que é uma área de cuidados emocionalmente exigente, por vezes capaz de fazer sentir falta de tempo para si próprio, mas no final o sentimento de “dever cumprindo”, apazigua-os.

De salientar que dois (2) dos participantes, não tendo nunca vivenciado a perda de familiar ou ente querido anteriormente, influencia a forma como lidam com a perda de utentes alvo de cuidados que contrasta com a dos restantes participantes, em que cada perda por reportar ou reavivar experiências pessoais anteriores e dificultar neste processo de luto

Analisando os dados recolhidos que constam na estatística descritiva da ECM (Apêndice V) o coping com a própria morte é superior ao coping com a morte dos outros (Mediana=5,64; M=5,23; DP=0,75) e (Mediana=5,08; M=4,92; DP=0,66).

Apesar desta constatação, é de salientar tendo em conta o item “Sei como falar com as crianças sobre a morte” (Mediana=5; M=4; DP=1,82) e o item “Posso diminuir a ansiedade daqueles que estão ao meu lado quando o tema é a morte e o processo de morrer” (Mediana=5; M=4,14; DP=2,26) a dificuldade de abordar o tema nomeadamente com criança e de partilhar estratégias no controlo de emoções e sintomas, pela falta de formação e literacia nesta área. O facto de nenhum dos participantes possuir formação técnica ou académica, mas integrarem equipas multidisciplinares de prestação de cuidados de saúde, leva-nos a inferir que os conhecimentos que possuem, advindos da sua experiência profissional e pessoal são insuficientes para se sentirem seguros a lidar com a morte dos outros.

Os participantes apresentam um perfil neutro e de aceitação, entendendo a morte como um processo natural, procurando nas mortes dos seus utentes alvo de cuidados, o significado para a sua própria vida e morte. O reconhecimento da finitude humana é essencial ao saber de todos os CP, pois a morte fará parte, mais cedo ou mais tarde do seu quotidiano.

Apesar do reduzido número de participantes e da relativa variabilidade das características dos mesmos e dos contextos em que trabalhar, a diversidade de partilhas referentes a diferentes experiências permitiu a identificação de sentimentos, emoções e alguns padrões de comportamento, perante o luto profissional. O estudo realizado mobiliza contributos relevantes



para compreender as principais dimensões do luto profissional e em particular do luto dos CF, bem como as suas estratégias de *coping*. Acredita ter conseguido um contributo válido, que mostra a importância de capacitar os CF para a aceitação da sua própria morte e a dos outros, ancoradas em momentos de reflexão pessoal, ou em grupo que facilitem o conhecimento e o respeito pelo período terminal da vida, e consequente, a prestação de melhores cuidados. Cabe às instituições providenciar formação e assistência profissional especializada para que este processo de luto decorra de forma normativa e assim, prevenir o luto profissional.

À semelhança do Modelo de Intervenção Diferenciada no luto prolongado em adultos, definido na norma 003/2019 da DGS, direcionado para utentes e seus familiares ou pessoa significativa, usado nas unidades de cuidados paliativos, seria importante implementar tal modelo em unidades de cuidados intensivos, entre outros serviços aos profissionais de saúde e cuidadores profissionais que lidam com a perda diariamente, e que o fizeram de uma forma mais desmesurada em contexto de pandemia.

As intervenções deverão assentar na área da comunicação, expressão e partilha de sentimentos, psicoeducação sobre o sofrimento normal e complicado, processo de luto adaptado e desadaptado ou prolongado (Supiano, Andernen & Haynes, 2015).

Estudos apontam a experiência em competência relacional dos profissionais, em saber apoiar, escutar, estar, conter, como pilares, de uma prática de excelência no processo de luto, e são essas mesmas aptidões que marcam a diferença nos resultados dos cuidados (Ono, 2013).

Existem vários profissionais de saúde dotados de competências na área de intervenção no processo de luto, tais como os enfermeiros, principalmente os EESMP, podem desempenhar um papel privilegiado na implementação deste tipo de intervenções terapêuticas.

CONCLUSÃO

A realização deste relatório permitiu compilar, num documento, todo o percurso percorrido ao longo deste Mestrado, evidenciando as aprendizagens, as experiências vivenciadas, o processo de aquisição das competências quer de Enfermeira especialista quer de mestre e o desenvolvimento do projeto de melhoria contínua da qualidade em enfermagem com “o processo de luto dos cuidadores formais em contexto pandémico”.

Recei que o contexto pandémico tivesse um impacto menos positivo no decorrer deste percurso, no entanto, considero ter sido muito rico em experiências e com um potencial enorme de trabalho nos diversos contextos por onde tive oportunidade de vivenciar e reconhecer o papel fulcral que o EEESMP tem dado a extrema importância, proximidade, conhecimento e competências destes enfermeiros, nomeadamente em contexto anómalo como a pandemia.

Uma das dificuldades sentidas foi sem dúvida a gestão não só do tempo, mas das expectativas relacionadas de como gostaria de ter desenvolvido e da forma como expor, por escrito, a minha linha de reflexão, estruturação, intervenção e respetiva fundamentação para validar e justificar a pertinência e alcance de objetivos delineados.

O desenvolvimento de competências foi sendo realizada ativamente, de pela disponibilidade e num processo de transformação de mim própria enquanto ser-pessoa, ser-social e ser-profissional. Em todos os contextos deparei-me com dificuldades que foram sendo ultrapassado com muita pesquisa, aprendizagem e estratégias adaptativas.

O término desta etapa, não significa o final, mas sim a continuidade de um percurso que pretendo percorrer com domínio de mais estratégias e competências que me caracterizam enquanto pessoa e profissional.

Considero ter alcançado os objetivos propostos, consolidando os conhecimentos adquiridos, mobilizando-os para a minha prática e adotando uma postura crítico-reflexiva para o desenvolvimentos das competências especializadas definidas pela OE para o EE e para o EEESMP, evidenciando a aplicação dos mesmos ao longo deste percurso.

No decorrer da análise crítico-reflexiva foi possível desenvolver e aplicar padrões de conhecimentos sólidos e válidos adquiridos através do aprofundamento teórico das alterações de saúde mental identificada, assentes em modelos teóricos. Permitiu também elaborar e desenvolver um plano de cuidados adequado à situação utilizando a taxonomia CIPE®, tendo



exigido atualização de conhecimentos, execução de intervenções e elaboração de uma análise reflexiva sobre o impacto das mesmas, avaliando a sua eficácia e os sentimentos produzidos na relação estabelecida e desenvolvendo um processo de autoanálise crítica e reflexiva contribuindo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

No decorrer deste percurso foi possível dar continuidade ao desenvolvimento do conhecimento e consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira, encontrando-me num processo de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional, cuidar do indivíduo ao longo do seu percurso de vida, da sua família, grupo e comunidade onde está inserido no âmbito da saúde mental, bem como na recuperação da mesma mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto e prestar cuidados psicoeducacionais, psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, e psicossociais ao indivíduo ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

O Projeto de melhoria contínua no processo de luto dos CF permitiu-me aprofundar conhecimentos sobre a temática e realidade que foi e é-me tão próxima. Tendo o processo de luto como foco de atenção, foi possível acompanhar e partilhar, com os diferentes entrevistados, as experiências de perda vivenciadas neste contexto pandémico. Foi possível compreender e diferenciar os diversos processos de luto, avaliar eventual necessidade de intervenção personalizada e diferenciada junto dos CF, profissionais de saúde que estiveram na linha da frente e familiares que perderem utentes e entes queridos.

Este projeto reflete a necessidade de existir um programa de intervenção diferenciado em situações de processo de luto desadaptado por forma a prevenir que este venha a dar origem a um processo de luto patológico ou profissional comprometendo a capacidade física, emocional e psíquica no exercício profissional e das AVD por parte dos diferentes profissionais de saúde e cuidadores formais, a semelhança do Modelo de Intervenção Diferenciada no luto prolongado em adultos, definido na norma 003/2019 da DGS. Evidencia igualmente a necessidade de formação, aumento de literacia, promotoras de saúde mental nomeadamente sobre esta temática e definir estratégias de coping úteis e passíveis de aplicabilidade por forma a capacitar estes profissionais para que o processo de luto decorra de forma normativa.

No caminho da procura pela excelência na prestação de cuidados, irei continuar a promover a aquisição de competências e melhoria nas minhas intervenções. Em suma este percurso para a aquisição do grau de Mestre em Enfermagem, na área de especialização em Saúde Mental e



psiquiátrica não significa o término desta caminhada, mas a escolha de um novo caminho em Enfermagem no âmbito da Saúde Mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, A., Pinto, M., & Duarte, R. (2020). Grief and Mourning during the COVID-19 Pandemic in Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 33(9), 543-545. <https://doi.org/10.20344/amp.14345>
- Almeida, J. (2018). *A saúde mental dos portugueses*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Alves, A. (2015). Relatório de Estágio. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.
- Amaral, A. C. (2010) Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental, mediante a CIPE. Lusociência. Loures
- American Psychological Association. (2010) *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5*. DOI: http://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf
- Andrade, S., Ruoff, A., Piccoli, T., Schmitt, M., Ferreira, A. & Xavier, A. (2017) O Estudo de Caso como Método de Pesquisa em Enfermagem: uma Revisão Integrativa. DOI: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e5360016.pdf>
- Araújo, M., Dutra, M., Freitas, C., Guedes, T., Souza, F. & Baptista, R. (2019). Caring for the carer: quality of life and burden of female caregivers. *Rev. Bras. Enferm*, 72(3), 728-36. DOI: <https://www.scielo.br/j/reben/a/v7KsZMSBxtYnm7LVTHrG7M/?lang=en>
- Bandeira de Melo, R. (2006). Softwares em Pesquisa Qualitativa. In: Christiane Kleinubing Godoi; Rodrigo Bandeira-de-Mello; Anielson Barbosa da Silva. (Org.). *Pesquisa Qualitativa em Organizações: Paradigmas, Estratégias e Métodos*. Pesquisa Qualitativa em Organizações: Paradigmas, Estratégias e Métodos. 1ed. São Paulo: Editora Saraiva, 1, 429-460.
- Benfante A, Di Tella M, Romeo A, Castelli L. Traumatic stress in healthcare workers during Covid-19 pandemic: a review of the immediate impact. *Front Psychol*. 2020; 11:2816. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.569935>.
- Bilal, A., Saeed, M. & Yousafzai, T. (2020) “Elderly care in the time of coronavirus: Perceptions and experiences of care home staff in Pakistan”. *Geriatric Psychiatry Wiley*. Doi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.5386>
- Camarneiro, A. P., & Rodrigues Gomes, S. M. (2015). Tradução e Validação da Escala de Coping com a Morte: Um Estudo com Enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (7), 113-122.
- Cardoso, É., Silva, B., Santos, J., Lotério, L., Accoroni, A. G., & Santos, M. (2020). The effect of suppressing funeral rituals during the COVID-19 pandemic on bereaved families *Revista latino-americana de enfermagem*, 28, e3361. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4519.3361>
- Carew, A. M., & Comiskey, C. (2018). Treatment for opioid use and outcomes in older adults: a systematic literature review. *Drug and Alcohol Dependence*, 182(October 2017), 48–57. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.10.007>
- Carrilho, C.A., Almeida, A. N., & Martins, I. S. (2016) “Uma reflexão sobre a teoria de Peplau e a teoria psicanalítica: caminho de interseções”. *Revista Expressão Católica*. DOI: <https://www.researchgate.net/publication/324959378>
- Cheng, F-F, Zhan, S-H, Xie, A-W, Cai, S-Z, Hui, L, Kong, X-X, et al. Anxiety in Chinese pediatric medical staff during the outbreak of coronavirus disease 2019: a cross-sectional study. *Transl Pediatr*. (2020) 9:231–6. doi: 10.21037/tp.2020.04.02
- Charmaz, K. (2009). *A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Centro Hospitalar de Leiria. (2020). *Caracterização do Serviço de Psiquiatria*. Retrieved from <http://www.chleiria.pt/prestacao-de-cuidados/por-especialidade/medicas/#Letra-P/psiquiatria>
- Coelho, J., Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Sequeira, C., Fortuno, L & Merino, J. (2020) “A relação de Ajuda com intervenção de enfermagem: uma scoping review” DOI: <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/8918/1/n23a09.pdf>

- Comissão Europeia (2016). European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing.
- Comiskey, C., Galligan, K., Flanagan, J., Deegan, J., Farnann, J., & Hall, A. (2019). Clients' Views on the Importance of a Nurse-Led Approach and Nurse Prescribing in the Development of the Healthy Addiction Treatment Recovery Model. *Journal of Addictions Nursing*, 30(3), 169–176. <https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000290>
- Conselho de Enfermagem Regional (2013) Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Retrieved from <https://www-ordemenfermeiros-pt.webpkgcache.com/doc//s/www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>
- Conselho Nacional de Saúde (CNS). 2019. Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. Lisboa: CNS
- Conselho Técnico-Científico, ESSLEI - IPLEIRIA (2018), Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos - Manual de referências técnicas para a elaboração de trabalhos académicos na ESSLei, Leiria, 2018.
- Crepaldi, M. A., Schmidt, B., Noal, D. D. S., Bolze, S. D. A., & Gabarra, L. M. (2020). Terminalidade, morte e luto na pandemia de Covid-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. *Estudos de Psicologia*, 37, e200090. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200090>.
- Das, S., Singh, T., Varma, R., & Arya, Y. K. (2021). Death and Mourning Process in Frontline Health Care Professionals and Their Families During Covid-19. *Frontiers in psychiatry*, 12, 624428. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.624428>
- Diário da República (2021) Decreto-Lei nº 113/2021, de dezembro de 2021. “Estabelece os princípios gerais e as regras da organização e funcionamento dos serviços de saúde mental”. DOI: https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/113-2021-175865938?_ts=1672185600034
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental 2017. Lisboa. DOI: https://www.chpl.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/39/2020/09/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2019). Norma DGS n. 003/2019 de 23 abril 2019 - Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.
- Diniz, A., Gonçalves, J., Monteiro, S., & Pereira, A. (2015). Tratamentos de manutenção opiácea em indivíduos com 50 ou mais anos. *Revista Adictologia*, (1), 16–26.
- Eisma, M. C., Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. (2020). Prolonged grief disorder following the Coronavirus (Covid-19) pandemic. *Psychiatry Research*, 288, 113031. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113031>
- Favrod, J. & Maire, A. (2014) Recuperar da esquizofrenia – Guia prático para profissionais. Lusociência. Loures
- Figueiredo, M., Gutierrez, D., Darder, J., Silva, R. & Carvalho, M. (2020) “Cuidadores formais de idosos dependentes no domicílio: desafios vivenciados”. Universidade Federal do Piauí. Universitário Ministro Petrônio Portella, Ininga. Universidade Federal do Amazonas. Manaus AM Brasil. Universidad Europea en Valencia. Espanha. Doi: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MzmtDpjRbhjn753K8bn85Lr/?format=pdf&lang=pt>
- Gabriel, S. & Paulino, M. (2021) “Luto – Manual de Intervenção Psicológica”. Capítulo 14 - Covid-19: O Processo de Luto em Tempos de Pandemia. PACTOR – Edições de ciências sociais, forenses e da educação. Lisboa
- Hagerty, T. A., Samuels, W., Norcini-Pala, A. & Gigliotti, E. (2017). Peplau's Theory of Interpersonal Relations: An Alternate Factor Structure for Patient Experience *Nursing science quarterly*, 30(2), 160–167. doi.org/10.1177/0894318417693286
- Hamilton, I. J. (2016). Understanding grief and bereavement. *British Journal of General Practice*, 66(651), 523–523. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X687325>
- Hegedus, A., Kozel, B., Fankhauser, N., Needham, I. & Behrens, J. (2018). Outcomes and feasibility of the short transitional intervention in psychiatry in improving the transition from inpatient treatment to the community: A pilot study. *International Journal of Mental Health Nursing* (27), pp. 571–580.
- Howk C. (2004) Hildegard E. Peplau: Enfermagem Psicodinâmica. In: Tomey AM, Alligood MR. Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem. Portugal: Lusodidacta; p. 423-35.



- Huang, Y, and Zhao, N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during Covid-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res.* (2020) 288:112954. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112954
- Instituto Nacional de Estatística (2022) “Causas de morte – 2020 (dados provisórios) 2010-2020”. DOI: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=560527827&att_display=n&att_download=y
- Instituto Nacional de Estatística (2023) https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=577174880&att_display=n&att_download=y
- Kaas, M. J. (2019). Will We Be Ready? Preparing Psychiatric-Mental Health Nurses for Future Practice. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 26(1), 112–119. <https://doi.org/10.1177/1078390319878767>
- Laranjeira, C. & Querido, A. (2021) *Planeamento dos Ensinos Clínicos*. Escola Superior de Saúde de Leiria, Leiria.
- Laranjeira, C, Tomás, C. & Querido, A. (2019) “Evidências em Saúde Mental: da conceção à ação – Avaliação objetiva e subjetiva do utente”. ISBN: (e-book) Escola Superior de Saúde de Leiria. DOI: https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/4781/3/Exerc%C3%ADcios_Fasc%C3%ADculo%20_Avalia%C3%A7%C3%A3o%20objetiva%20e%20subjetiva%20do%20utente%20%281%29.pdf
- Lazarus, R. (1993). Coping with the stress of illness. In A. Kaplun (Ed.), *Health promotion and chronic illness: Discovering a new quality of health* (11-29). Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe.
- Maglione, M. A., Raaen, L., Chen, C., Azhar, G., Shahidinia, N., Shen, M., ... Hempel, S. (2018). Effects of medication assisted treatment (MAT) for opioid use disorder on functional outcomes: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 89, 28–51. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.03.001>
- Martins, J. (2017). Aprendizagem e desenvolvimento em contexto de prática simulada. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(12), 155-162. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16074>
- Mendes, F., Gemito, M., Caldeira, E., Serra, I., & Casas-Novas, M. (2017). Continuity of care from the perspective of users. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), pp. 841-853.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013) *Motivational Interview – helping people change*. 3. ed. New York: The Guilford Press.
- Mortazavi, S. S., Assari, S., Alimohamadi, A., Rafiee, M., & Shati, M. (2020). Fear, loss, social isolation, and incomplete grief due to Covid-19: a recipe for a psychiatric pandemic. *Basic and clinical neuroscience*, 11(2), 225-232. <https://doi.org/10.32598/bcn.11.covid19.2549.1>
- Muniz, J. & Eisenstein, E. (2008). Genograma: informações sobre família na (in)formação médica. *Revista Brasileira de Informação Médica*, 33(1), 72-79. DOI: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n1/10.pdf>
- Neri de Souza, F., Neri de Souza, D., Costa, A., Moreira, A. & Freitas, F. (2017). *webQDA: Manual de Utilização Rápida* (3a). Aveiro. Portugal: Universidade de Aveiro.
- Neri de Souza, F. & Neri de Souza, D. (2022) Como a tecnologia poderia ser aplicada para a análise qualitativa com base na Grounded Theory?. *New Trends in qualitative research*. <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/537>
- Nunes, L. (2016). Os limites do agir ético no dia-a-dia do enfermeiro. *Revista Servir*, 59(2), pp. 7-17.
- Noe, S. R., & Keller, T. (2020). Office-Based Buprenorphine Treatment: Identifying Factors That Promote Retention in Opioid-Dependent Patients. *Journal of Addictions Nursing*, 31(1), 23–29. <https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000320>
- Ono, W. (2013). Relationships among actions, antecedents, and outcomes of grief care for bereaved caregivers: Surveying visiting nurses throughout Japan. *Japan Journal of Nursing Science*. 10, 212–222
- Ordem dos Enfermeiros (2009) *Linhas de orientação para a elaboração de catálogos CIPE*. DOI: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei no 156/2015 de 16 de Setembro).

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Parecer n.º 01/2017 – Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na realização de exame do estado mental. DOI: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMP_Parecer1_2017_CompEEESMPRealizacaoExameEstadoMental.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Parecer n.º 10-2017 – Diferenciação das Intervenções de Enfermagem do Enfermeiro Especialista Médico-cirúrgica em relação ao Enfermeiro Generalista, num serviço de urgência. DOI: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf
- Palha, F., & Costa, N. (2015). Trajetórias pelos cuidados de saúde mental. Parte I- O processo de "desinstitucionalização" psiquiátrica em Portugal: da análise objetiva dos factos às perceções e utentes, familiares/cuidadores e técnicos. Porto: ENCONTRAR+SE.
- Pais, J. (2008). Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde (2ª ed.). Porto: Legis Editora
- Peixoto, N. & Peixoto, T (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. Revista de Enfermagem Referência. Serie IV n.º 11 Out/Nov/Dez 2016 pp121-132.
- Ponce, C., Ordonez, T., Lima-Silva, T., Santos, G., Viola L., Nunes P., ... Cachion, M. (2011). Effects of a psychoeducational intervention in family caregivers of people with Alzheimer's disease. *Dement Neuropsychol*, 5, 226–37.
- Queirós, T., Coelho, F., Linhares, L., & Telles-Correia, D. (2019). Esquizofrenia: O Que o Médico Não Psiquiatra Precisa de Saber. *Acta Medica Portuguesa*, 32(1).
- Redding, A., Maguire, N., Johnson, G., & Maguire, T. (2017). What is the Lived Experience of Being Discharged From. *Community Mental Health Journal*(53), pp. 568-577.
- Regulamento n.º 356. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho. Pp 17034-17041. Obtido: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/356-2015-67590900>
- Regulamento n.º 515. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto. Pp. 21427-21430. Obtido: <https://dre.pt/application/conteudo/115932570>
- Regulamento n.º 140. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Pp. 4744-4750. Obtido: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Rendtorff, J., & Kemp, P. (2019). Four Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw: Autonomy, Dignity, Integrity and Vulnerability (pp. 33–40). https://doi.org/10.1007/978-3-030-05903-3_3
- Rizany, I., Hariyati, R. T. S., & Handayani, H. (2018). Factors that affect the development of nurses' competencies: a systematic review. *Enfermería Clínica*, 28, 154–157. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(18\)30057-3](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1130-8621(18)30057-3)
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Teixeira, L. (2021). Impact of Covid-19 outbreak on nurses' mental health: A prospective cohort study. *Environmental research*, 194, 110620. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.110620>
- Saragih, I. D., Tonapa, S. I., Saragih, I. S., Advani, S., Batubara, S. O., Suarilah, I., & Lin, C. J. (2021). Global prevalence of mental health problems among healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *International journal of nursing studies*, 121, 104002. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104002>
- Selman, L. E., Chao, D., Sowden, R., Marshall, S., Chamberlain, C., & Koffman, J. (2020). Bereavement support on the frontline of Covid-19: Recommendations for hospital clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), e81-e86. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.024>
- Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020) *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Diagnósticos e Intervenções*. Edições LIDEL. Lisboa



- Silva, A., Rangé, B. & Nardi A. (2011) Terapia cognitivo-comportamental para luto. In: Rangé B. Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. p.725-36.
- Sistema Nacional de Saúde & Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental (2020). Luto em tempo de pandemia Covid-19. Doi: <https://saudemental.min-saude.pt/luto/>
- Strauss, A., & Corbin, J. (2008). Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. (Tradução Luciane de oliveira da Rocha). 2. ed., Porto Alegre: Artmed, 288.
- Stroebe, M., & Schut, H. (2021). Bereavement in Times of Covid-19: A Review and Theoretical Framework. *Omega*, 82(3), 500–522. <https://doi.org/10.1177/0030222820966928>
- Supiano, K. Andernen, T. & Haynes, L. (dezembro, 2015). Sudden-On-Chronic Death and Complicated Grief in Bereaved Dementia Caregivers: Two Case Studies of Complicated Grief Group Therapy. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, nº 11: p 267–282
- Valentim, O., Laranjeira, C. & Querido, A. (2019) “Evidências em Saúde Mental: da concepção à ação – Comportamentos aditivos”. ISBN: (e-book) Escola Superior de Saúde de Leiria. DOI: <https://doi.org/10.25766/yx3k-wj15>
- Walsh, F. (2020). Loss and resilience in the time of Covid-19: Meaning making, hope, and transcendence. *Family process*, 59(3), 898-911. <https://doi.org/10.1111/famp.12588>
- World Medical Association (2013) Declaração de Helsinque: Princípios éticos para pesquisa médica envolvendo Seres Humanos. Assembleia Geral da WMA. Fortaleza, Brasil. https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/491535001395167888_DoHBrazilianPortugueseVersionRev.pdf
- World Health Organization (2019). Schizophrenia. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- World Health Organization (WHO). 2022. World mental health report: transforming mental health for all. ISBN 978-92-4-004933-8

ANEXOS

ANEXO I - Escala de avaliação: ECM

ESCALA DE COPING COM A MORTE (ECM)

Nesta escala são apresentadas afirmações relativas à morte. Solicita-se que leia cada uma delas e a seguir assinale a sua opinião colocando uma cruz sobre o número que melhor corresponde à sua opinião, usando a chave de correspondência abaixo identificada:

- 1- Discordo completamente
- 2- Discordo
- 3- Discordo moderadamente
- 4- Nem concordo nem discordo
- 5- Concordo moderadamente
- 6- Concordo
- 7- Concordo completamente

	1	2	3	4	5	6	7
1.Tenho uma boa perspectiva da morte e do processo de morrer							
2.A morte é uma área que se pode gerir com segurança							
3.Conheço as diversas opções que existem para “sepultar” os corpos							
4.Saber que vou morrer não afeta a minha conduta na vida							
5.Sinto-me preparado para enfrentar a minha morte							
6.Sinto-me preparado para enfrentar o meu processo de morrer							
7.Compreendo os meus medos relacionados com a morte							
8.Estou familiarizado com os procedimentos prévios ao funeral							
9.Ultimamente aceito pensar sobre a morte							
10.Posso expressar os meus medos acerca da morte							
11.Posso exprimir os meus sentimentos acerca da morte e do processo de morrer							
12.Posso falar acerca da minha morte com a minha família e os meus amigos							
13.Serei capaz de lidar com perdas futuras							

14.Sinto-me capaz de lidar com a morte de pessoas próximas							
15.Conheço as emoções que caracterizam o sofrimento humano							
16.Quero tirar o máximo partido da minha vida atual							
17.A qualidade de vida é mais importante para mim do que a sua duração							
18.Sei com quem contactar quando ocorre uma morte							
19.Sei como escutar os outros, incluindo os doentes terminais							
20.Sei como falar com as crianças sobre a morte							
21.Sou capaz de passar tempo com as pessoas em fase terminal, caso sinta necessidade disso							
22.Posso ajudar as pessoas com os seus pensamentos e sentimentos acerca da morte e do processo de morrer							
23.Seria capaz de falar com um amigo ou com um membro da minha família sobre a sua morte							
24.Posso diminuir a ansiedade daqueles que estão ao meu lado quando o tema é a morte e o processo de morrer							
25.Consigo comunicar com os doentes terminais							
26.Posso dizer às pessoas, antes que elas morram ou antes que eu morra, o quanto gosto delas							

ANEXO II - Escala de avaliação: ESLP

ESCALA DE SOBRECARGA DE LUTO PROFISSIONAL (ESLP)

Este contexto pandémico impulsionou a vivência de diversas perdas, tais como a perda de liberdade, da segurança, de estabilidade, do contacto físico, de suporte social evidenciou uma ainda maior fragilidade emocional perante a perda de um ente querido, no cuidar de pessoas, sobretudo em situações de fim de vida, e consequentemente a uma alteração na realização de rituais fúnebres.

O Luto é um processo normal complexo que pode suceder no decorrer do ciclo de vida do indivíduo que se caracteriza pela perda de um ente querido, seja ele familiar, alguém significativo ou de quem cuida, que inclui manifestações emocionais, físicas, sociais e comportamentos, podendo incapacitar o indivíduo na sua funcionalidade.

O objetivo deste questionário é estudar os nossos próprios sentimentos, como seres humanos, perante a morte de quem tratamos. Deverá ler, cuidadosamente, cada afirmação e depois decidir até que ponto concorda ou discorda dela. Algumas questões são específicas, outras são muito gerais relativamente à nossa experiência de vida.

Coloque um círculo num dos números, de 1 a 5, usando a chave de correspondência abaixo identificada. É importante que responda a todos os itens para que os resultados possam ser validados.

- 1- Discordo totalmente
- 2- Discordo
- 3- Concordo um pouco
- 4- Concordo
- 5- Concordo totalmente

1. Após a morte do meu doente, tenho saudades do tempo que passámos juntos	1	2	3	4	5
2. Sinto que estou a perder a minha liberdade	1	2	3	4	5
3. Não tenho ninguém com quem conversar	1	2	3	4	5
4. Sinto um vazio e uma tristeza com a morte do meu doente	1	2	3	4	5
5. Passo muito tempo preocupado com as coisas más que poderão acontecer	1	2	3	4	5
6. Lidar com a morte e a agonia assemelha-se a uma perda dupla...perco a proximidade com os meus doentes e a intimidade com a minha família	1	2	3	4	5
7. Os meus amigos não compreendem o processo por que estou a passar	1	2	3	4	5
8. Consigo lidar melhor com outro tipo de doentes do que com os doentes em fase terminal	1	2	3	4	5
9. Sinto-me muito triste pelo que a doença está a fazer aos meus doentes	1	2	3	4	5
10. Tenho insónias, porque estou preocupado com o que está a acontecer aos meus doentes e como atuarei no dia seguinte	1	2	3	4	5
11. As pessoas que me são próximas não percebem o que estou a passar	1	2	3	4	5
12. Sinto-me tão frustrado que, muitas vezes, me distancio da minha família quando chego a casa	1	2	3	4	5
13. Desejava ter uma ou duas horas para mim, todos os dias, para me dedicar a interesses pessoais fora do serviço	1	2	3	4	5
14. Estou agarrado a este tipo de doentes e não consigo sair desta situação	1	2	3	4	5
15. É doloroso cuidar de doentes em fase terminal	1	2	3	4	5

APÊNDICES

APÊNDICE I - Programa de intervenção grupal

Programa de Intervenção Grupal

“O exercício físico associado as técnicas de relaxamento como promotores do bem-estar físico, emocional e mental”

O consumo de substâncias psicoativas tem vindo ao aumentar nos últimos anos, tornando-se uma questão de saúde pública tendo em conta que tais consumos levam a dependência e, conseqüentemente comorbilidades físicas e psíquicas, psicossociais e prejuízos socioeconómicos (Pratta e Santos, 2009).

A dependência de substâncias, álcool, tabaco, jogos ou outros compromete afeta o individuo nas suas diferentes dimensões, pelo acesso facilitado das mesmas (Dehnam, Saha e Bradshaw, 2018).

Estudos revelam que a prática desportiva e o exercício físico permitem uma associação positiva entre a prevenção e o tratamento nesta problemática, favorecendo a integração social e novas relações interpessoais; a nível físico com a redução de massa gorda corporal, melhoria nas funções cardíacas e pulmonares, capacidade físico-motora; a nível psíquico e mental proporciona aumento da autoestima e bem-estar, minimizando quadros depressivos e de ansiedade e como motivação para dar início ou manter o processo de recuperação da dependência química (Rodrigues, Reverdito e Vieira, 2018).

A prática regular do exercício físico demonstra alterações significativas e assertivas na capacidade cognitiva e no impulso do consumo, com destaque na capacidade de atenção, concentração, memória, estado de humor e conseqüentemente melhoria do estado geral e satisfação pessoal, permitindo suporte na manutenção do estado de abstinência e sobriedade.

Alear a prática do exercício físico a diversas técnicas de relaxamento, nomeadamente a técnica de respiração abdominal, não só permite maior oxigenação e expansão torácica como melhora a nível da atenção, concentração, promovendo o relaxamento e sensação de bem-estar físico, emocional e mental.

A maioria das técnicas de relaxamento dá ênfase à concentração e à respiração, sendo estas partes fundamentais do relaxamento. As técnicas/exercícios de respiração, apesar de simples são basilares a outras formas de relaxamento (Townsend, 2011, p. 228), pois melhoram o bem-estar físico, mental e espiritual (Brown & Gerbarg, 2017).

Segundo Payne (2003) a técnica de respiração é uma das técnicas de relaxamento que tem resultados benéficos em algumas das patologias tais como: a ansiedade, o pânico, a depressão, a dependências de substâncias (tabaco, álcool e benzodiazepinas), perturbações alimentares, insônia, entre outras.

Desta forma é imprescindível integrar a prática do exercício físico e técnicas de relaxamento como estratégias de atuação em serviços de saúde pelos benefícios anteriormente mencionados tendo em conta que se trata de um problema social e de saúde pública.

Plano de sessões

Sessões	Atividade	Objetivos	Justificação
Sessão 0	Promoção do bem-estar e saúde mental	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar o programa aos intervenientes e respetivos objetivos; - Informar a importância do exercício físico associado as técnicas de relaxamento como promotores do bem-estar físico, emocional e mental como promotor de bem-estar e saúde; - Incentivar a adesão ao programa; - Avaliar sinais vitais (TA; FC; Altura; Peso; IMC; Perímetro abdominal; Glicémia Capilar) 	<p>Os benefícios do exercício físico para a promoção da saúde incluem menor risco de doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes tipo II, alguns tipos de cancro e, principalmente, efeitos positivos na saúde mental (Guthold, 2018).</p> <p>As doenças respiratórias como a asma, a bronquite, a rinite e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) podem provocar disfunção da musculatura respiratória, alteração nutricional, alteração cardíaca e alteração psicossocial. Estas alterações resultam de diversos mecanismos desencadeados por essas doenças como fadiga, hipoxemia, desnutrição, obesidade, caquexia, arritmias, osteoporose, miopatia, ansiedade, depressão, distúrbio do sono, disfunção sexual, isolamento social, tosse e falta de ar. (António; Gonçalves e Tavares, 2010). Desta forma, o exercício físico para esses indivíduos é de suma importância e auxilia consideravelmente na melhora da capacidade aeróbica, da força, da flexibilidade corporal e da coordenação motora.</p> <p>O exercício físico é uma ferramenta terapêutica útil para auxiliar o tratamento da depressão.</p> <p>O relaxamento é um tipo de psicoterapia de modificação de comportamento na medida em que o relaxamento pode contrariar muitos dos sintomas associados ao stress, que se manifestam quer fisiologicamente, quer a nível comportamental.</p>
Sessão 1	Psicoeducação Técnica da respiração como controlo da ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre técnica de relaxamento – técnica da respiração abdominal: <ul style="list-style-type: none"> • Orientar para o uso da técnica de respiração abdominal; • Executar a técnica de respiração abdominal; • Executar a técnica para diminuir ansiedade e controlo do impulso para o consumo; 	<p>A técnica de relaxamento, através da técnica de respiração abdominal para a diminuição da ansiedade, permite um maior nível de concentração no momento presente e passível de ser replicado por forma a combater comportamentos desadequados e impulso para o consumo.</p> <p>Segundo Payne (2003) a técnica de respiração é uma das técnicas de relaxamento que tem resultados benéficos em algumas das patologias tais como: a ansiedade, o pânico, a depressão, a dependências de substâncias (tabaco, álcool e benzodiazepinas), perturbações alimentares, insónia, entre outras.</p>

Sessão 2	Atenção Plena – Mindfulness	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre técnica de concentração plena – técnica Mindfulness: • Orientar para o uso da técnica; • Executar a técnica com apoio de guião; • Executar a técnica para diminuir ansiedade e controlo do impulso para o consumo; 	<p>A técnica Mindfulness, integrada numa abordagem terapêutica centrada na atenção plena, com redução significativa da ansiedade e da depressão, ativação fisiológica e melhoria da qualidade de vida (Latorraca, Martimbianco, Pachito, Pacheco e Riera, 2017)</p> <p>A prática de Mindfulness tem-se revelado eficaz na intervenção sobre os sintomas de stress (Emerson et al., 2017) e de trauma (Kelly & Garland, 2016). Segundo diversos estudos, os benefícios do Mindfulness atuam a nível físico, mental e emocional, e como estratégia para ajudar a entender e a intervir nos obstáculos que se colocam no bem-estar do individuo.</p>
Sessão 3	Relaxamento progressivo de Jacobson (versão adaptada)	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o relaxamento e sensação de bem-estar pleno; - Promover o relaxamento muscular; - Promover a aquisição de estratégias de autocontrolo da ansiedade - Promover a melhoria do padrão de sono; - Promover a distração desviando a mente de pensamentos inapropriados; - Estimular a capacidade de concentração; 	<p>O relaxamento é um tipo de psicoterapia de modificação de comportamento na medida em que o relaxamento pode contrariar muitos dos sintomas associados ao stress, que se manifestam quer fisiologicamente, quer a nível comportamental.</p> <p>A técnica do relaxamento progressivo de Jacobson, baseia-se na premissa de que o corpo responde a pensamentos e eventos que provocam ansiedade através da tensão muscular. Este é um método de relaxamento profundo em que se observaram resultados positivos no tratamento da tensão muscular, ansiedade, depressão, fadiga dores de pescoço e costas, tensão arterial elevada. A Imaginação Guiada é uma técnica terapêutica de relaxamento que focaliza e dirige a imaginação de maneira subtil e delicada, que trabalha não apenas com o sentido da visão, mas também explora o olfato, a audição e o paladar. A técnica engloba a atividade mental, corporal e emocional e é o foco dirigido ao corpo que a torna extremamente eficiente. (Townsend, 2011).</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Promover o relaxamento e sensação de bem-estar pleno; - Promover a consciencialização corporal e estimulação dos 5 sentidos; - Promover o relaxamento muscular; 	<p>A respiração e o relaxamento, através da consciencialização do padrão respiratório, é uma técnica de fácil aprendizagem e passível de usar em qualquer ambiente perante alguma situação de stresse (Payne, 2003).</p> <p>O mesmo autor refere ainda que algumas das patologias que poderão beneficiar da realização desta técnica são a ansiedade, o pânico, a depressão, a insónia, entre outras.</p>

Sessão 4	Relaxamento através de imaginação guiada (técnica imagética)	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a aquisição de estratégias de autocontrolo da ansiedade - Promover a melhoria do padrão de sono; - Promover a distração desviando a mente de pensamentos inapropriados; - Estimular a capacidade de concentração; 	<p>A observação revela excelentes resultados no tratamento da tensão muscular, ansiedade, insónia, depressão, fadiga, intestino irritável, espasmos musculares, dores cervicais e lombares, hipertensão, fobias e gaguez. (Davis, Eshelman & Mckay, 2008. Citados por Townsend, 2011. P. 231).</p> <p>Segundo (Bjorn, 2009) a técnica de relaxação permite a integração das diferentes dimensões do indivíduo – somática, psicológica e emocional – promovendo uma melhoria no estado de vigília e permitindo que o sono seja mais profundo e repousante.</p> <p>A técnica de relaxamento imagética ou visualização mental permite um relaxamento mais profundo, alcançado inicialmente pelo controlo da respiração e consciencialização corporal e posteriormente através dos 5 sentidos permitindo, através da visualização mental, sentir, ouvir, cheirar e ver com clareza os pormenores desse cenário (Bjorn, 2009).</p>
Sessão 5	Exercício e caminhada exterior	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a prática do exercício físico através da caminhada; - Promover a relação com o meio ambiente; - Promover o relaxamento e sensação de bem-estar pleno; - Promover a consciencialização corporal e estimulação dos 5 sentidos; 	<p>A realização de atividades físicas no contexto natural reduz a perceção de fadiga física e mental, promove melhorias humorais, de autoestima e de saúde. Os objetivos dos exercícios podem variar, sem excluir, entre redução do stresse, maior saúde, finalidade recreativa e autossatisfação (Veloso e Loureiro, 2017).</p> <p>A possibilidade de usufruir de espaços verdes constitui uma oportunidade de promoção de saúde física e psicológica, bem como de aumento da qualidade de vida. A conexão com a natureza é apontada como um fator de redução das emoções negativas, ansiedade e depressão, benefícios que podem surgir unicamente da presença do sujeito no meio ambiente, sem que exista a necessidade dele se exercitar ou desenvolver atividades adicionais (Nisbet, Zelenski e Grandpierre, 2019).</p>
Sessão 6	Promoção do bem-estar e saúde mental – follow up	<ul style="list-style-type: none"> - Reforçar a importância do exercício físico associado as técnicas de relaxamento como promotores do bem-estar físico, emocional e mental; 	<p>Os benefícios do exercício físico para a promoção da saúde incluem menor risco de doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes tipo II, alguns tipos de cancro e, principalmente, efeitos positivos na saúde mental (Guthold, 2018).</p> <p>O relaxamento é um tipo de psicoterapia de modificação de comportamento na medida em que o relaxamento pode contrariar muitos dos sintomas associados ao stress, que se manifestam quer fisiologicamente, quer a nível comportamental.</p>

		- Avaliar sinais vitais (TA; FC; Altura; Peso; IMC; Perímetro abdominal; Glicémia Capilar);	
--	--	---	--

Referências bibliográficas

- António, C., Gonçalves, A. & Tavares, A. (2010) “Doença pulmonar obstrutiva crónica e exercício físico”. *Revista portuguesa de pneumologia*, v. 16, n. 4, p. 649-658.
- Brown, R. & Gerbarg, P. (2017). *Respire- O poder curativo da respiração*. Alfragide: Lua de Papel.
- Debnam, K., Saha, S. & Bradshaw, C. (2018) “Synthetic and Other Drug Use among High School Students: The Role of Perceived Prevalence”, *53(12):2069-76*.
- Emerson, L., Leyland, A., Hudson, K., Rowse, G., Hanley, P., & Hugh-Jones, S. (2017). Teaching Mindfulness to Teachers: a Systematic Review and Narrative Synthesis. *Mindfulness*, 8(5), 1136-1149. doi:10.1007/s12671-017-0691-4
- Guthold, R. et al. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. *The Lancet Global Health*, v. 6, n. 10, p. e1077-e1086, 2018.
- Kelly, A., & Garland, E. (2016). Trauma-Informed Mindfulness-Based Stress Reduction for Female Survivors of Interpersonal Violence: Results from a Stage I RCT. *Journal Of Clinical Psychology*, 72(4), 311–328. doi:10.1002/jclp.22273
- Latorraca, C. Martimbianco, Pachito, A., Pacheco, D. & Riera, R. (2017) Mindfulness for palliative care patients: Systematic review. *Internatinonal Journal of Clinical Practice*, 71(12), e 13034. <https://doi.org/10.1111/ijcp.13034>
- Nisbet, E. K., Zelenski, J. M., & Grandpierre, Z. (2019). Mindfulness in nature enhances connectedness and mood. *Ecopsychology*, 11(2), 81-91.
- Payne, R. (2003). *Técnicas de Relaxamento – Um Guia Prático para Profissionais de Saúde*. (2ª edição). Loures: Lusociência.
- Pratta, E. M. M., & Santos, M. A. (2009). O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução *Revista Psicologia Teoria e Prática*, 25(2), 203-211.
- Rodrigues, P., Reverdito, R. & Vieira P. (2018) “Praticar atividade física reduz ansiedade e depressão em estudantes universitários”. In: *Salud C. Convención Internacional de Salud*; Havana.
- Townsend, M. C. ((2011) *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. Lusociência. Loures
- Veloso, S., & Loureiro, A. (2017). Exercise and nature: a relevant combination to health and well-being. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 12(2), 313-319.

PLANO DE SESSÃO – Intervenção Psicoterapêutica em Grupo - sessão 2

Tema	“Concentração Plena – Mindfulness”
Local	Instalações da instituição Leiria
Data	11/05/2022
Duração	45 minutos
Terapeuta	Enfermeira Zaida Mendes// EESMP S.V.
Destinatário	Utentes da Instituição em Processo de Tratamento com Agonista Opiáceo (PTAO)
Recursos Materiais/Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> - Sala; - Computador portátil; - Projetor; - PowerPoint; - Colunas; - Tensiometro e oxímetro - Folhas para registos; - Cadeiras ou colchões; - Guião para execução da técnica; - Música relaxante;
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar para a importância da concentração plena como promotor de bem-estar e saúde mental; - Melhorar a literacia sobre esta temática; - Consciencializar sobre os benefícios da concentração plena a nível emocional e psicológico; - Estimular a participação; - Ensinar sobre técnica de concentração plena – técnica Mindfulness: <ul style="list-style-type: none"> • Orientar para o uso da técnica; • Executar a técnica com apoio de guião; - Executar a técnica para diminuir ansiedade e controlo do impulso para o consumo;
Desenvolvimento	<p>Antes da sessão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preparar a sala com os materiais necessários;

	<p>- Avaliar sinais vitais (TA, FR, FC)</p> <p>Durante a sessão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apresentação dos dinamizadores ao grupo de participantes; - Apresentação o tema da sessão e os objetivos da mesma; - Ensinar a técnica da concentração plena e os seus benefícios para controlo da ansiedade, do impulso; - Executar a técnica da concentração plena; <p>No final da sessão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a sessão realizada, solicitando a opinião do grupo e aplicando a escala de avaliação da satisfação de Likert; - Avaliar sinais vitais (TA, FR, FC)
Avaliação	Avaliação qualitativa de satisfação
Justificação	<p>A técnica Mindfulness, integrada numa abordagem terapêutica centrada na atenção plena, com redução significativa da ansiedade e da depressão, ativação fisiológica e melhoria da qualidade de vida (Latorraca, Martimbianco, Pachito, Pacheco e Riera, 2017)</p> <p>A prática de Mindfulness tem-se revelado eficaz na intervenção sobre os sintomas de stress (Emerson et al., 2017) e de trauma (Kelly & Garland, 2016). Segundo diversos estudos, os benefícios do Mindfulness atuam a nível físico, mental e emocional, e como estratégia para ajudar a entender e a intervir nos obstáculos que se colocam no bem-estar do indivíduo.</p> <p>Os benefícios decorrente das sua prática são múltiplos desde a melhoria da atenção e concentração; diminuí a impulsividade, favorecendo o autocontrolo e aumentando ao tempo de reação a experiências desagradáveis; aumenta a tolerância à frustração; facilita a identificação de sensações corporais, emoções e pensamentos; promove o reconhecimento de constantes mudanças de sensações e emoções; promove a regulação emocional; promove a introspeção e facilita o autoconhecimento; aumenta a empatia e qualidade das relações sociais; reduz o stress e o mal-estar psicológico; melhora a qualidade de vida (Garcia-Campayo, 2018, Huguet, Izaguirre, Miguel-Ruiz, Vall e Alda, 2019) citado por Sequeira e Sampaio (2020, p. 265-266)</p> <p>Segundo Teixeira e Perestrelo (2016) esta técnica permite ajudar o indivíduo “a sentir as emoções tal como elas são, no Aqui e no Agora” permitindo-lhe adquirir a capacidade de lidar com as emoções, sentimentos e problemas dos quais tenta constantemente fugir, dependendo do estadio em que o indivíduo se encontra (Metateoria de Prochaska e DiClemente, 1986), permitindo-o auxílio na urgência da recaída como sendo “impermanente e transitória”, passando este a ver tais pensamentos, emoções e comportamentos como “fenómenos voláteis e não verdades inalteráveis” (p. 95-96)</p>
Referências Bibliográficas	<p>Emerson, L., Leyland, A., Hudson, K., Rowse, G., Hanley, P., & Hugh-Jones, S. (2017). Teaching Mindfulness to Teachers: a Systematic Review and Narrative Synthesis. <i>Mindfulness</i>, 8(5), 1136-1149. doi:10.1007/s12671-017-0691-4</p> <p>Garcia-Campayo, J. (2018). <i>Mindfulness: Nuevo manual práctico</i>. Barcelona: Siglantana.</p>

Huguet, A., Izaguirre, J., Miguel-Ruiz, D., Vall, X. & Alda, J. (2019) Deficient Emotional Self-Regulation (DESR) in children newly diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder: Impact on core symptoms and executive functions. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*. 17(3), 305-6.

Latorraca, C. Martimbianco, Pachito, A., Pacheco, D. & Riera, R. (2017) Mindfulness for palliative care patients: Systematic review. *International Journal of Clinical Practice*, 71(12), e 13034. <https://doi.org/10.1111/ijcp.13034>

Sequeira, C. & Sampaio, L. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e intervenções*. Lisboa. Lidel.

Teixeira, B. & Perestrelo, J. (2016) "Mindfulness: Os benefícios da atenção plena na Saúde Mental". Edições MAHATMA.

Apresentação usada:



Atenção plena Mindfulness

Enfermeira: Zaida Mendes
Orientadora EESMP:



Atenção plena

Mindfulness

É a estratégia para aumentar a atenção e de manter o estado de consciência dos seus pensamentos, emoções e experiências no presente, livre de julgamentos. A habilidade de estar atento ou consciente de algo, de estar ciente de seu próprio corpo, mente, sentimentos e pensamentos proporcionando tranquilidade e bem-estar.

Mindfulness

- Melhora a concentração
- Reduz a ansiedade
- Diminui o stress
- Melhora a qualidade do sono
- Ajuda a aliviar a dor crónica
- Permite controlo emocional



Obrigada pela
atenção



Guião utilizado

Exercício de Mindfulness: Exercício do corpo na cadeira

Este exercício pretende desenvolver uma sensação de pertença e de segurança focada no corpo, no peso corporal e na forma como este é suportado por uma cadeira.

- Sente-se numa cadeira com os olhos fechados, permitindo que a sua atenção recaía na experiência do seu corpo na cadeira.
- Perceba as zonas de contacto entre o seu corpo e a cadeira. Sinta o suporte que a cadeira lhe oferece, agora mesmo. Torne-se consciente de que a cadeira está a suportar o seu corpo neste momento.
- Permita que uma sensação confortável de peso se estenda pelo seu corpo, pescoço, ombros, braços, cabeça. Verifique se existe tensão na sua coluna.

De cada vez que perceber tensão em qualquer parte do corpo permita que esta seja drenada para a cadeira, absorvida por ela.

- Observe a experiência de ser suportado pela cadeira por alguns minutos.

Sempre que se sentir ansioso, desamparado ou só repita este exercício que lhe ajudará a nutrir sentimentos de pertença e segurança

Fonte: Teixeira, B. & Perestrelo, J. (2016) “Mindfulness – Os benefícios da Atenção Plena na Saúde Mental”. Edições MAHATMA

APÊNDICE II - Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo).

Identificação dos Investigadores: Ana Isabel Fernandes Querido; Carlos António Sampaio Laranjeira; Débora Regina Oliveira Moura; Zaida Maria Bértolo Mendes.

Título do estudo: Vivências da perda e do luto dos cuidadores em tempo de pandemia

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Depois de ler o texto introdutório, tomei conhecimento que poderei desistir a qualquer momento da participação no estudo, sem que daí advenha qualquer penalização. Declaro que compreendi as intenções deste estudo, aceito participar voluntariamente, partilhando a minha experiência e permito o uso das minhas respostas para fins de investigação.

Assinatura de quem cede consentimento:

APÊNDICE III - Guião de entrevista semiestruturado

PROJETO LUTO EM TEMPOS DE PANDEMIA

Guião de entrevista semiestruturada

1ª fase

Recolha de alguns elementos relativos a dados biográficos e caracterização do contexto que antecedeu o luto.

Género: _____

Que vínculo/laço familiar? _____

Idade: _____

Escolaridade: _____

Categoria profissional: _____

Local de trabalho: Hospital UCCI Instituição residencial para idosos

Número de anos de experiência: _____

Verificou-se algum surto de Covid-19 na Instituição onde trabalha: Sim Não

Que modificações ocorreram na instituição em contexto pandémico (horário, fardamento, restrições de circulação, outros): _____

Foi facultado, por parte da instituição, informação e formação sobre o Covid-19?

Não Sim Se sim quais: _____

Ocorreu alguma morte por Covid-19 ou durante a pandemia na instituição onde trabalha?

Não Sim Se sim quantos: _____

Por que motivo? _____

Há quanto tempo faleceu o seu utente por COVID-19 ou durante a pandemia?

Onde faleceu o seu utente? _____

Perdas prévias de pessoas significativas: _____ Há quanto tempo: _____

2ª fase

I. Vivência da progressão da doença

Como lhe parecia a gravidade da situação do/a utente?

Como foi o tempo de doença do seu utente? Que informações teve do estado clínico e da evolução da situação?

Falou com ele/a durante o internamento? O que esperava que acontecesse ao estado de saúde do seu utente?

II. Circunstâncias da Morte

Como teve conhecimento da morte? (Opções: Médico / Familiares / Amigos / Entidade patronal/Outro)

Como reagiu ao tomar conhecimento da notícia? (Emoções, Sentimentos, Comportamentos)

Que possibilidade teve de acompanhar o seu utente e se despedir? Como foram os rituais fúnebres? Foram como esperava e desejava?

Relativamente a todas as circunstâncias que envolveram a sua perda, o que ficou por dizer /fazer (rituais fúnebres, despedida, etc.)?

III. O Luto no presente

Como está a viver o seu luto? Quais as emoções e sentimentos que mais experiênciamos? (Raiva, culpa, tristeza, saudade, etc.)

Que estratégias utiliza para minimizar o impacto do acontecimento que viveu? De que forma as vivências de outras perdas influenciam a sua experiência no presente? Como tem sido o apoio que tem recebido? (família, amigos, profissionais de saúde, entidade patronal, colegas de trabalho, outros...)

Quais as principais preocupações que está a vivenciar neste período de pandemia? Como tem expressado a sua espiritualidade? (Se religioso/a, este acontecimento alterou a sua relação com Deus?)

De que ajuda necessitou para gerir o seu estado psicológico/emocional? Toma alguma medicação psiquiátrica? Já tomava antes ou foi após a morte?

IV. Perspetivas em relação ao futuro

O que espera que vá acontecer no futuro em relação a si sem o seu utente?

Como considera que vai ultrapassar esta situação de perda?

Tem alguma sugestão no que se refere ao apoio dado às pessoas que estão a vivenciar a perda de um familiar/utente por COVID-19 ou durante a pandemia? Gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

APÊNDICE IV - Estatística descritiva da escala de luto prolongado

Estadística Descritiva da Escala de Luto Prolongado

	N	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio padrão
1. Após a morte do meu doente, tenho saudades do tempo que passamos juntos	7	1	5	3,14	3,00	1,345
2. Sinto que estou a perder a minha liberdade	7	1	5	3,14	3,00	1,464
3. Não tenho ninguém com quem conversar	7	1	3	2,00	2,00	,816
4. Sinto um vazio e uma tristeza com a morte do meu doente	7	1	4	3,00	3,00	1,155
5. Passo muito tempo preocupado com as coisas más que poderão acontecer	7	1	5	2,57	2,00	1,512
6. Lidar com a morte e a agonia assemelha-se a uma perda dupla...perco a proximidade com os meus doentes e a intimidade com a minha família	7	1	4	2,71	3,00	1,380
7. Os meus amigos não compreendem o processo por que estou a passar	7	1	5	3,29	3,00	1,254
8. Consigo lidar melhor com outro tipo de doentes do que com os doentes em fase terminal	7	1	5	2,43	2,00	1,618
9. Sinto-me muito triste pelo que a doença está a fazer aos meus doentes	7	1	5	3,43	4,00	1,272
10. Tenho insónias, porque estou preocupado com o que está a acontecer aos meus doentes e como atuarei no dia seguinte	7	1	5	2,71	3,00	1,254
11. As pessoas que me são próximas não percebem o que estou a passar	7	1	5	3,14	3,00	1,574
12. Sinto-me tão frustrado que, muitas vezes, me distancio da minha família quando chego a casa	7	1	5	2,29	2,00	1,496
13. Desejava ter uma ou duas horas para mim, todos os dias, para me dedicar a interesses pessoais fora de serviço	7	1	5	3,29	3,00	1,604
14. Estou agarrado a este tipo de doentes e não consigo sair desta situação	7	1	4	2,00	2,00	1,155
15. É doloroso cuidar de doentes em fase terminal	7	1	5	2,86	4,00	1,773
Sobrecarga com o Luto Profissional - TOTAL	7	17,00	64,00	42,00	44,00	13,928
Sobrecarga com o Luto Profissional – TOTAL Média	7	1,13	4,27	2,80	3,93	,928
Confinamento atormentado	7	1,00	4,43	2,6735	2,57	1,002
Esforço emocional no cuidar	7	1,00	5,00	2,9048	3,00	1,423
Perda nostálgica	7	1,00	4,50	3,0714	3,50	1,205
Partilha incompreendida	7	1,00	4,33	2,8095	2,67	1,051

APÊNDICE V - Estatística descritiva da escala de coping com a morte

Estadísticas Descritivas da Escala de Coping com a Morte

	N	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio padrão
Coping com a própria morte	7	3,93	6,00	5,23	5,64	,75109
Coping com a morte dos outros	7	3,58	5,50	4,92	5,08	,66219
Coping com a morte - Total	7	99,00	156,00	137,28	144	19,14606
Coping com a morte – Total M	7	3,81	6,00	5,28	5,53	,73639
1. Tenho uma boa perspectiva da morte e do processo de morrer	7	5	7	6,00	6,00	,816
2. A morte é uma área que se pode gerir com segurança	7	4	7	5,71	6,00	1,113
3. Conheço as diversas opções que existem para "sepultar" os corpos	7	4	7	5,86	6,00	1,069
4. Saber que vou morrer não afeta a minha conduta na vida	7	2	7	5,29	6,00	2,059
5. Sinto-me preparado para enfrentar a minha morte	7	2	7	5,00	5,00	1,826
6. Sinto-me preparado para enfrentar o meu processo de morrer	7	1	7	4,14	4,00	2,116
7. Compreendo os meus medos relacionados com a morte	7	4	7	5,43	6,00	1,397
8. Estou familiarizado com os procedimentos prévios ao funeral	7	2	7	5,00	6,00	1,732
9. Ultimamente aceito pensar sobre a morte	7	3	7	5,14	4,00	1,464
10. Posso expressar os meus medos acerca da morte	7	1	7	4,57	6,00	1,988
11. Posso exprimir os meus sentimentos acerca da morte e do processo de morrer	7	4	7	5,57	6,00	1,272
12. Posso falar acerca da minha morte com a minha família e os meus amigos	7	1	7	4,29	5,00	2,430
13. Serei capaz de lidar com perdas futuras	7	1	7	4,43	5,00	1,813
14. Sinto-me capaz de lidar com a morte de pessoas próximas	7	1	7	4,86	5,00	1,952
15. Conheço as emoções que caracterizam o sofrimento humano	7	1	7	4,71	5,00	1,976
16. Quero tirar o máximo partido da minha vida atual	7	5	7	6,71	7,00	,756
17. A qualidade de vida é mais importante para mim do que a sua duração	7	5	7	6,57	7,00	,787
18. Sei com quem contactar quando ocorre uma morte	7	1	7	5,29	6,00	1,976
19. Sei como escutar os outros, incluindo os doentes terminais	7	4	7	5,71	6,00	1,113
20. Sei como falar com as crianças sobre a morte	7	1	6	4,00	5,00	1,826
21. Sou capaz de passar tempo com as pessoas em fase terminal, caso sinta necessidade disso	7	5	7	6,29	6,00	,756
22. Posso ajudar as pessoas com os seus pensamentos e sentimentos acerca da morte e do processo de morrer	7	1	7	5,00	6,00	2,000
23. Seria capaz de falar com um amigo ou com um membro da minha família sobre a sua morte	7	1	7	5,29	6,00	1,976
24. Posso diminuir a ansiedade daqueles que estão ao meu lado quando o tema é a morte e o processo de morrer	7	1	6	4,14	5,00	2,268
25. Consigo comunicar com os doentes terminais	7	4	7	6,00	6,00	1,155
26. Posso dizer às pessoas, antes que elas morram ou antes que eu morra, o quanto gosto delas	7	5	7	6,29	6,00	,756