

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM SAÚDE MENTAL E
PSIQUIÁTRICA NO APOIO ÀS FAMÍLIAS EM PROCESSO DE LUTO

KATHERINE RESENDES SILVA

LEIRIA, MARÇO DE 2024

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM SAÚDE MENTAL E
PSIQUIÁTRICA NO APOIO ÀS FAMÍLIAS EM PROCESSO DE LUTO

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Apresentado ao Instituto Politécnico de Leiria para a obtenção do Grau de Mestre
em Enfermagem De Saúde Mental e Psiquiátrica

KATHERINE RESENDES SILVA

DOCENTE ORIENTADORA: PROFESSORA DOUTORA ANA QUERIDO

LEIRIA, MARÇO DE 2024

Nunca se perde aqueles que se gosta, pois tudo o que amamos se torna uma parte de nós.

Helen Keller

DEDICATÓRIA

Ao António, ao Rafael e à Beatriz, pelo equilíbrio e harmonia de viver.

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste trabalho traduz uma caminhada longa, difícil, mas não impossível.

Quero agradecer às pessoas, que direta ou indiretamente, possibilitaram este percurso:

À Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, pela oportunidade de frequentar o mestrado.

À Professora Doutora Ana Querido, pelo apoio e estímulo persistente, pela sabedoria e consideração, sempre com palavras de conforto e de esperança.

Aos colegas de mestrado, com quem foram partilhados dúvidas e receios nesta etapa da vida e, aos quais guardo amizade.

A todos os serviços que me receberam, e supervisores clínicos, em especial à Enfermeira Silvina Marques.

À minha mãe, por me ter ensinado desde cedo a não desistir dos meus objetivos. Ao Rafael e à Beatriz e a toda a minha família pela compreensão nos momentos de ausência.

Siglas e Acrónimos

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CS – Casa de Saúde

EC – Ensino Clínico

EE – Enfermeiro Especialista

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

ESMC - Equipa de Saúde Mental Comunitária

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

IIHSCJ - Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

MESMP – Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

MMSE – Mini Mental State Examination

OE – Ordem dos Enfermeiros

PMQCCE - Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados em Enfermagem

PNSM- Programa Nacional para a Saúde Mental

RAA- Região Autónoma dos Açores

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SRSM - Sistema Regional de Saúde Mental

US – Unidade de Saúde

Resumo

O presente trabalho surge como Relatório Final de Estágio, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. É composto por duas partes de desenvolvimento, referentes às competências adquiridas e desenvolvidas, com intuito da aquisição do grau de mestre e o título de especialidade.

A primeira parte refere-se à descrição das atividades desenvolvidas durante os três ensinamentos clínicos realizados, com recurso à metodologia descritiva, analítica e crítico-reflexiva, integrando as experiências vivenciadas e as estratégias utilizadas em cada momento, de modo a possibilitar a aquisição, o desenvolvimento e a consolidação das competências, quer as comuns a todos os Enfermeiros Especialistas, quer as específicas para os Enfermeiros Especialistas da área da Saúde Mental e Psiquiátrica, definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

A segunda parte deste documento diz respeito ao processo de desenvolvimento de um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em contexto de uma Equipa de Enfermagem de Apoio Domiciliário de uma Unidade de Saúde, dirigido a familiares cuidadores com componentes científica e reflexiva, resultantes de um processo de investigação-ação sobre o foco de Luto/Luto Antecipatório de familiares cuidadores em contexto domiciliário. O referencial teórico surge da literatura disponível, da prática e da minha experiência profissional, bem como do parecer favorável referente ao projeto. Tem por base a metodologia de Estudo de Caso e pretende evidenciar a importância dos conhecimentos adquiridos em contexto académico para a prática, contribuindo, para uma melhoria contínua dos cuidados prestados, resultando num atendimento atempado no processo de luto, de modo a prevenir o desenvolvimento do Luto Prolongado.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista, Saúde Mental, Competências, Luto, Relação de Ajuda.

Abstract

This work appears as a Final Internship Report, within the scope of the Master's Course in Mental Health Nursing, at the School of Health of the Polytechnic Institute of Leiria. It consists of two development parts, referring to the skills acquired and developed, with the aim of acquiring the master's degree and the specialty title.

The first part refers to the description of the activities developed during the three clinical teachings carried out, using descriptive, analytical and critical-reflective methodology, integrating the experiences and strategies used at each moment, in order to enable the acquisition, development and consolidation of skills, whether common to all Specialist Nurses or specific to Specialist Nurses in the area of Mental and Psychiatric Health, defined by the Order of Nurses.

The second part of this document concerns the process of developing a Project for Continuous Improvement of the Quality of Nursing Care in the context of a Home Support Nursing Team of a Health Unit, aimed at family caregivers with scientific and reflective components, resulting of an action research process on the focus of Grief/Anticipatory Grief of family caregivers in a home context. The theoretical framework arises from the available literature, practice and my professional experience, as well as the favorable opinion regarding the project. It is based on the Case Study methodology and aims to highlight the importance of knowledge acquired in an academic context for practice, contributing to a continuous improvement in the care provided, resulting in timely care in the grieving process, in order to prevent the development of Prolonged Grief.

Keywords: Specialist Nurse, Mental Health, Skills, Grief, Help relationship

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO: PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM.....	16
1.1–CONTEXTO HOSPITALAR.....	16
1.2–CONTEXTO COMUNITÁRIO.....	21
1.3-CONTEXTO EM RESPOSTAS DIFERENCIADAS.....	24
2–COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE ENSINO.....	26
2.1– COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	26
2.1.1–Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.	26
2.1.2-Domínio da melhoria contínua da qualidade.	29
2.1.3-Domínio da gestão de cuidados..	30
2.1.4-Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	33
2.2-COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	35
2.2.1-Conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê do autoconhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional	35
2.2.2-Assistência à pessoa, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.....	40
2.2.3-Ajuda na recuperação da saúde mental, de pessoas, grupos e comunidades	42
2.2.4-Prestação de cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais	45
PARTE II - PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS EM ENFERMAGEM	49
NOME DO PROJETO	49
NOTA INTRODUTÓRIA	49
1- IDENTIFICAÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA.....	50
2- METODOLOGIA.....	56
2.1-Identificação do Problema.....	57
3-OBJETIVOS DOS PROJETO.....	60

4-ANÁLISE DO PROBLEMA/PERCEÇÃO DAS CAUSAS.....	61
5-PLANEAMENTO E EXECUÇÃO DAS TAREFAS/ATIVIDADES.....	67
6-ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	73
6.1- Caracterização sociodemográfica e de saúde mental da participante.....	74
6.2- Caracterização do Processo de Luto e Vivência do Luto Antecipatório.....	75
6.3- Resultados Relativos aos Indicadores do Programa.....	76
7-PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA.....	80
8-RECONHECER E PARTILHAR O SUCESSO.....	82
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85

APÊNDICES

APÊNDICE I – Guião de Participação no Projeto “LO(U)COTÓRIO”	92
APÊNDICE II – Folheto informativo – Relaxamento, Respiração Diafragmática.....	93
APÊNDICE III – Folheto informativo - Envelhecimento e Memória.....	94
APÊNDICE IV – Guião Da Entrevista FIFE.....	95

ANEXOS

ANEXO I – Certificado de Participação nas II Jornadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Convergência(s) em Saúde Mental.....	97
ANEXO II – Certificado de Realização de Workshop “Ser Compassivo no Luto – Como ajudar quem esta em luto? O que dizer e não dizer?”, promovido pela Comunidade Compassiva – ComVida.....	98
ANEXO III - Autorizações para a utilização das Escalas MHI-5, MM-CGI-SF e PG13.....	99
ANEXO IV - Consentimento Informado, Esclarecido E Livre Para Participação No Estudo De Investigação.....	101

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama de Ishikawa.....	61
Figura 2 – Fluxograma.....	71

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Medida de saúde mental (MHI-5) relativa aos fatores Bem-estar Psicológico e Distress Psicológico antes e após o programa.....	78
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Pontuações dos instrumentos de avaliação de resultado entre a sessão baseline (Pré intervenção) e a última sessão do programa de intervenção (Pós intervenção).....	80
--	----

INTRODUÇÃO

O presente Relatório Final de Estágio, surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, decorrido entre maio de 2023 e fevereiro de 2024, no qual se analisa e reflete criticamente sobre as atividades desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos, com objetivo de comprovar a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e as específicas previstas e reguladas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto, 2018; Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019). Pretende-se, também, provar a aquisição de competências de mestre, nomeadamente de investigação, comunicação de resultados e partilha de conhecimentos, análise crítico-reflexiva e autoaprendizagem focadas no desenvolvimento da profissão, como definido pelo Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de agosto, que regulamenta a Lei de Bases do Sistema Educativo.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) foca-se “na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (Regulamento nº 515/2018, p. 21427). Para tal, o EESMP “desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais” (Regulamento nº 515/2018, p. 21427). De acordo com os princípios orientadores do regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental (Regulamento nº 356/2015 de 25 de junho), é mediante esta prática profissional que o EESMP estabelece relações de ajuda e de confiança com o utente ou grupo, com a intensão de promover uma melhor compreensão dos problemas, mediante a vivência de diferentes técnicas e modelos psicoterapêuticos, possibilitando ao utente o desenvolvimento de novas respostas humanas para problemas de vida identificados ou para novos problemas que emergem ao longo do ciclo de vida, aumentando o seu sentimento de bem-estar.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), é da competência do EESMP assistir “a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade na otimização da saúde

mental” (Regulamento nº 515/2018, p. 21427), na qual, as abordagens terapêuticas não farmacológicas adquirem um papel significativo, contrariando o paradigma convencional de algumas realidades atuais.

O presente relatório conta, também, com o Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PMCCQE), planeado e desenhado de acordo com as necessidades identificadas no local de trabalho onde se exerce funções, com o propósito de demonstrar competências para a aquisição de título de Mestre.

A temática selecionada relaciona-se com o Processo de Luto Antecipatório/Real vivenciada por familiares enlutados de utentes seguidos pela Equipa de Apoio Domiciliário, que estão perante o fim de vida daqueles utentes. Esta foi uma opção motivada pela experiência enquanto enfermeira de cuidados gerais, a exercer funções numa Equipa de Apoio Domiciliário, onde frequentemente as pessoas verbalizam tristeza, necessidade de falarem das suas emoções e falta dos seus familiares, sem que se demonstre a implementação de intervenções específicas e diferenciadas direcionadas a este processo, com foco no Luto. Sendo este, um projeto de intervenção autónoma de Enfermagem, todos os referenciais teóricos e fundamentos científicos que o sustentam baseiam-se nesta ciência.

Este documento encontra-se dividido em introdução, uma primeira parte referente à prática de enfermagem especializada em saúde mental, com a contextualização de cada local de estágio, bem como a descrição das atividades realizadas de modo a adquirir as competências do enfermeiro especialista, tanto as comuns, como as específicas, em função do previsto e regulado pela OE. Posteriormente, uma segunda parte descreve o projeto de melhoria/intervenção; com a identificação da área problema, os objetivos, plano de intervenção e a avaliação das intervenções do mesmo. A última parte do documento, diz respeito às considerações finais do relatório, bem como, as referências bibliográficas que sustentaram a sua realização.

No que concerne às fontes utilizadas para a elaboração do presente relatório, as citações e referências bibliográficas expostas ao longo do documento foram elaboradas de acordo com o Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos e o Guia para a Elaboração de Citações e Referências Bibliográficas -Normas *American Psychological Association* (APA)- 7ª Edição, ambos da Escola Superior de Saúde de Leiria.

PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO: PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

Os Ensinos Clínicos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica têm por finalidade garantir aos estudantes a possibilidade de adquirirem o perfil de competências especializadas definidas pela Organização Mundial de Saúde, Comissão Europeia e, em particular, pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro e Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto). Os Ensinos Clínicos concretizaram-se ao longo do 2º e 3º semestres do curso em diferentes unidades de saúde e estrutura de resposta social, através da prática clínica especializada supervisionada, tendo sido realizado numa Unidade de Agudos de Psiquiatria de um Hospital da Região Autónoma dos Açores (RAA) em contexto hospitalar, entre maio e julho de 2023; numa Unidade de Saúde da RAA em contexto de comunitário, de setembro a novembro de 2023 e finalmente numa Casa de Saúde das Irmãs Hospitaleiras da mesma região em contexto de respostas diferenciadas, entre novembro de 2023 e fevereiro de 2024.

1- OS CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA

Neste capítulo serão descritos os locais de ensino clínico e estágio, assim como caracterização e reflexão sobre o modelo de organização e funcionamento dos mesmos e em que medida possibilitaram a aquisição e desenvolvimento de competências clínicas especializadas.

1.1 – CONTEXTO HOSPITALAR

O Ensino Clínico (EC) em contexto hospitalar foi realizado num hospital geral da RAA, numa Unidade de Agudos de Psiquiatria, de utentes em situação aguda de doença psiquiátrica, em regime de internamento, entre maio e julho de 2023.

O hospital, serve uma população de 134.367 e 5.454 habitantes, pertencentes à ilha X e Y respetivamente, em todas as especialidades que possuiu. Serve assistência a 238.205 habitantes das 9 ilhas dos Açores, no que respeita a algumas especialidades específicas.

O Serviço de Psiquiatria de Agudos do referido hospital, localiza-se na ala nascente, no piso 1 do edifício.

No ano 2001 o hospital funda a valência de Hospital de Dia com uma capacidade atual de 10 utentes. Em 2012 abre a valência de internamento, Unidade de Agudos de Psiquiatria que

contempla uma capacidade de 8 camas. Atualmente com 18 camas, inclui atendimento ao serviço de urgência em regime de prevenção 24 horas por dia, presta assistência em simultâneo aos utentes internados nas duas casas de saúde, existentes na ilha onde se localiza o hospital, contempla, ainda, a valência de consulta externa de psiquiatria.

O internamento em psiquiatria é um serviço que funciona à “porta fechada”. Os gabinetes, salas de trabalho, copa, WC dos funcionários, portas de entrada e saída do serviço estão fechadas. Todas as entradas e saídas são controladas, como forma de prever a fuga de pessoas internadas em situação aguda de doença mental e psiquiátrica. À entrada de visitantes, familiares e aquando da admissão de novos utentes é prática proceder-se ao controlo dos bens dos utentes, pela equipa de enfermagem e auxiliares de ação médica, com o objetivo de garantir a segurança de todos no serviço/hospital, despistando a entrada de objetos perigosos, suscetíveis de serem utilizados em situação de auto ou heteroagressão, nomeadamente álcool, drogas ilícitas, objetos cortantes e perfurantes.

À data do estágio foram presenciadas as duas formas de internamento: internamento voluntário e internamento involuntário, outrora denominado internamento compulsivo, sendo este último em menor número, cerca de cinco ao longo do EC. O internamento voluntário ocorre quando o utente de livre e espontânea vontade, com consentimento livre e informado, aceita o internamento. Nos termos da nova Lei de Saúde Mental – em vigor desde 20 de agosto de 2023 – a sujeição de indivíduos com doença mental a tratamento involuntário pode ser determinada em caso de recusa do tratamento medicamente prescrito, necessário para prevenir ou eliminar um perigo para bens jurídicos do próprio ou de terceiros e só pode ter lugar se for a única forma de garantir o tratamento medicamente prescrito, devendo ser adequado a prevenir ou eliminar situações de perigo e ser proporcional à gravidade da doença mental (Portal do SNS, s.d.). O circuito dos doentes para a unidade de agudos de psiquiatria inicia-se à entrada no serviço de urgência do referido hospital, depois são sujeitos a uma observação e avaliação de um psiquiatra e caso se comprove que necessitam de internamento psiquiátrico são enviados para a unidade de agudos de psiquiatria, a fim de serem admitidos para internamento. A admissão dos utentes na enfermaria é feita por um profissional de enfermagem, onde este procede a uma observação direta, entrevista semiestruturada, identificação e documentação em folha própria de espólio pessoal e registo documental. No

dia da alta é entregue ao utente todo o seu espólio e a carta de alta de enfermagem, a fim de explicar o percurso da pessoa doente ao longo do internamento, cumprindo com um dos pressupostos presentes no Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave (OE, 2021). A saída destes doentes é feita por qualquer porta de acesso ao exterior do hospital. O serviço trabalha segundo o método individual de trabalho. Este método consiste na abordagem de assistência total ao cliente, ou seja, um único enfermeiro assume a total responsabilidade pela assistência a um grupo de clientes durante um turno. Deste modo, a organização dos cuidados de enfermagem reflete as necessidades e a centralidade do cliente como o centro da assistência (Pereira et al., 2021; Huber & Joseph, 2022). É utilizando a linguagem preconizada Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e o sistema de documentação utilizado é suportado pelo software *Glintt*.

As perturbações mentais mais frequentes naquele serviço são as perturbações bipolares, a psicose (com ideias delirantes, alucinações, afastamento da realidade, ausência de consciência patológica), a esquizofrenia, a ideação suicida e a ansiedade. Partindo deste conhecimento, do foco de atuação da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e da relação de ajuda estabelecida com a pessoa com Doença Mental Grave, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) procede à formulação de diagnósticos de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica que contemplam as necessidades identificadas. Deste modo, é apresentado um conjunto de diagnósticos passíveis de serem formulados pelo EEESMP na prestação de cuidados à pessoa com Doença Mental, utilizando como recurso a Classificação Internacional para a Prática em Enfermagem (CIPE) versão 2019: Adesão ao regime medicamentoso comprometida; Adaptação comprometida; Comunicação comprometida; delírio; alucinação; ideação suicida; insónia; Capacidade para realizar autocuidado comprometida; Perceção sensorial comprometida; Processo familiar interrompido; desesperança; Ansiedade; Autocontrolo da ansiedade comprometido. O fenómeno de “porta-giratória” está presente em alguns utentes, verificando-se nos mesmos 2 ou 3 recidivas de internamentos psiquiátricos, com alguns dos diagnósticos de enfermagem, referidos anteriormente, nomeadamente: adesão ao regime medicamentoso comprometido, delírio, alucinação, ideação suicida, ansiedade e autocontrolo da ansiedade comprometida. O pouco apoio na saúde mental na região, especificamente a nível social, a fraca articulação

entre o hospital e as unidades de saúde de cuidados primários e o pouco envolvimento dos familiares destes doentes no processo de reabilitação são exemplos que contribuem para o referido fenómeno. De acordo com Barbosa & João Gama Marques (2023), o reconhecimento de doentes com um padrão do fenómeno de “porta-giratória” e a previsão de reinternamentos podem ajudar no desenvolvimento de estratégias de intervenção preventiva e identificar potenciais limitações nos sistemas de prestação de cuidados de saúde existentes. A realização de sessões psicoterapêuticas, com a demonstração da técnica de respiração diafragmática para autocontrolo da ansiedade e posterior entrega de folheto informativo/ilustrativo aos doentes, a adesão ao regime medicamentoso, bem como uma sessão formativa à equipa de enfermagem referente à família do doente portador de doença mental grave, foram estratégias possíveis de tentar reduzir o referido fenómeno.

O espaço físico é composto por: Copa; refeitório; três wc’s; gabinete do diretor de serviço; sala de reuniões; duas salas de convívio (a sala maior é utilizada para as atividades ocupacionais terapêuticas); zona de limpos; zona de sujios; sala de televisão; dois gabinetes médicos; sala de tratamentos; sala de enfermagem, sala de trabalho de enfermagem; gabinete do enfermeiro chefe de serviço; quatro quartos com capacidade para três pessoas cada, um quarto de isolamento e dois quartos com duas camas e wc privativo e um pátio exterior amplo, sendo este último acedido por todos os doentes.

Relativamente aos recursos humanos, a equipa técnica contempla pelo menos cinco psiquiatras, um psicólogo, um assistente social, treze enfermeiros, dos quais oito tinham formação especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiatria), um nutricionista, oito assistentes operacionais e duas assistentes técnicas. Os rácios de enfermeiros por turno eram de dois enfermeiros na manhã, dois na tarde e dois na noite. O Regulamento n.º 743/2019 “Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem”, publicado em Diário da República, determina que “devem existir pelo menos 2” enfermeiros Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (EESMP) por cada 3 elementos de enfermagem, e “pelo menos 1” EESMP em cada turno (Regulamento nº 743/2019, de 25 de setembro, 2019). Comparando com os dados do serviço, conclui-se que obedece à proporção de 2 EESMP por cada 3 enfermeiros, existindo cinco enfermeiros generalistas e oito enfermeiros especialistas, em que cada turno estava presente pelo menos um especialista.

Todas as 4^{as} feiras, realiza-se no serviço, uma reunião multidisciplinar, com a finalidade de discutir os diferentes casos clínicos. São, assim, discutidas e planeadas as estratégias e planos de cuidados que melhor se adequam a cada utente. O plano de atividades do Serviço de Agudos de Psiquiatria inclui sessões de relaxamento, projeção de filmes, jogos de mesa e atelier de trabalhos ocupacionais. Cabe ao EESMP monitorizar atividades lúdicas com objetivo terapêutico, com foco nos diagnósticos de enfermagem. As intervenções de enfermagem tomam, assim, por foco de atenção a promoção da saúde, no apoio aos processos de readaptação durante e após a doença.

Após a alta hospitalar, o utente é seguido em consulta telefónica de enfermagem para acompanhamento da sua situação, de modo a tentar prevenir recidiva de internamentos.

As atividades no regime de Hospital de Dia (à 6^a feira conta com a colaboração de um EESMP incidem na psicoterapia de grupo, com sessões de acolhimento com ênfase em sessões de movimento e relaxamento, atividades de culinária, saídas ao exterior, jogos diversos e atelier de atividades ocupacionais terapêuticas. Todos os dias, em regime de ambulatório, são administrados injetáveis intramuscular de terapêutica a utentes que cumprem medicação psiquiátrica.

Naquele serviço, à data do EC, não estava a ser implementado nenhum programa de intervenção especializada, pelo que o estágio proporcionou a identificação de necessidades pelos enfermeiros do serviço, a sua priorização e o posterior planeamento e estruturação de um possível programa de intervenção, com supervisão dos enfermeiros orientadores, que permitisse dar resposta a uma das necessidades prioritárias identificadas, nomeadamente a o apoio aos familiares de utentes portadores de doença mental grave. Tendo sido identificada a ansiedade e o autocontrolo da ansiedade comprometido, a perturbação mais evidente e comum a quase todos os doentes internados, foi possível, deste modo, desenvolver competências de avaliação de sinais e sintomas da ansiedade, antes e após a implementação do programa estruturado em contexto de grupo, com monitorização de parâmetros vitais e opinião dos doentes após as sessões, que será explorado mais detalhadamente no segundo ponto desta primeira parte.

1.2 – CONTEXTO COMUNITÁRIO

O EC decorreu numa Unidade de Saúde (US) da RAA – na Equipa de Saúde Mental Comunitária (ESMC) desta mesma unidade, num período de onze semanas, de setembro a novembro de 2023.

A US, fundada em dezembro de 2011, abrange cerca de 149 000 indivíduos e uma área geográfica de 748,82 km² (RG, 2022), de direito público, é dotada de autonomia administrativa e financeira e sujeita à tutela da Secretaria Regional da Saúde e Desporto. Tem como missão a promoção da saúde na sua área geográfica, através de ações de educação para a saúde, prevenção e prestação de cuidados de saúde primários e continuados.

Da estrutura física, a US consta de dois pisos, estando a ESMC no piso 1 no primeiro corredor à direita, onde consta uma sala de formações, sala da equipa da catástrofe, sala de apoio de comunicação e imagem, WC's para funcionários e porta para o pátio. No segundo corredor à direita, encontra-se o gabinete do conselho administração, sala de reuniões. No piso do rés-do-chão, estão os serviços administrativos, várias salas de trabalho de enfermagem, desde salas de tratamento a salas de consulta das várias especialidades de enfermagem e gabinetes médicos.

A US presta cuidados através de cinco centros de saúde, que se desdobram em trinta e uma unidades de saúde adicionais, distribuídas pela ilha, sendo a taxa de cobertura em quatro dos cinco centros de saúde é superior a 98.00% (RG, 2022).

Considerando a necessidade de se planear e garantir respostas de cuidados primários de saúde mental e atendendo a que estas respostas devem ser multidimensionais e pluridisciplinares, emergiu a ESMC, por deliberação da Comissão Regional de Acompanhamento e Avaliação dos Serviços de Saúde Mental, dando resposta ao Decreto Legislativo Regional nº 5/2007/A de 9 de março. A equipa tem como finalidade a consultadoria, apoio e supervisão das situações sinalizadas, tendo por missão reduzir o impacto das perturbações mentais na Ilha, através da conceção, implementação e avaliação de procedimentos adequados a uma intervenção eficaz, contribuindo assim para a otimização dos cuidados de saúde mental nos cuidados de saúde primários. A esta equipa compete assegurar os cuidados básicos de saúde mental na comunidade em articulação com o Serviço Regional de Saúde Mental. É uma equipa

multidisciplinar, que cumpre as suas funções especializadas e diferenciadas, bem como detém o domínio de competências na sua área de atuação. É constituída por um elemento do Conselho de Administração da US que se reúne com a ESMC sempre que se justifique; Três Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (3 dias por semana), das quais uma é a coordenadora da referida equipa – o elemento da equipa de enfermagem com mais anos de serviço; Uma Psicóloga (2 dias por semana); Uma Assistente Social (1 dia por semana); Uma Médica Especialista em Medicina Geral e Familiar (1 dia por semana).

A equipa trabalha por consultadoria. Os diagnósticos e as intervenções referem-se à equipa no caso de a necessidade ser formativa, e/ou à organização caso a necessidade identificada se prenda com circuitos/procedimentos para o rastreio, diagnóstico, acessibilidade aos cuidados e intervenção, podendo incluir questões ligadas à literacia em saúde através da formação e da supervisão clínica. A formação, enquanto estratégia de consultadoria, capacita para a compreensão das necessidades da pessoa, comunidade e das organizações em relação à saúde, em sinergia com outras disciplinas, conferindo particular relevo ao desenvolvimento da autonomia individual e profissional (Kérouac et al. 2005, citado por OE, 2023).

Tendo em conta o acima exposto, a equipa quando oportuno (uma vez que não está a tempo inteiro na ESMC), participa em formações na área de saúde mental, de modo a manter-se atualizada. A equipa quando reunida trabalha documentos, como procedimentos e critérios de referenciação para a mesma. Em relação a formação, enquanto estratégia de consultadoria, para a comunidade, a equipa organiza eventos de sensibilização sobre assuntos considerados pertinentes na região. Foi o caso do Seminário “Suicídio sem tabus”, dirigido a profissionais de saúde, profissionais de educação, assistentes sociais e outros profissionais com preocupações na referida temática, dotando-os de conhecimento e informação que os apoie nestes casos, com o objetivo de promover a saúde mental dos açorianos. Constata-se, assim, que a referida equipa está envolvida e trabalha em rede com equipas transdisciplinares, nas quais os enfermeiros EESMP estão integrados, sendo crucial para a promoção da literacia em saúde mental aos cidadãos, como é deliberado no Guia Orientador de Boas Práticas de Promoção da Literacia em Saúde Mental (OE, 2023), contribuindo concomitantemente para a promoção da sua saúde mental e a prevenção da doença mental, facilitando a intervenção precoce.

Na ESMC, o modelo assistencial, tem sido uma resposta eficaz, face às necessidades de doença mental. É atribuído o caso à equipa, que posteriormente é distribuído por gestores de caso, trabalhando dois a dois, constituído sempre por um Enfermeiro, com a psicóloga; a assistente social ou a médica. Serão estes profissionais, que farão a avaliação do utente, a par, no sentido de entender quais são as reais necessidades e em conjunto estabelecerem um plano terapêutico. Ao longo de todo o processo de cuidados é fundamental a articulação com todos os profissionais da ESMC, recorrendo à colaboração e a uma comunicação eficaz entre todos os elementos da equipa. A Gestão de Caso, constitui desde 2016 uma das prioridades globais da Organização Mundial de Saúde na implementação de serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas (OMS, 2018a). É considerado um modelo individual de cuidados integrados caracterizado por uma coordenação dos cuidados (OMS, 2016a) entre o utente e os membros da equipa multidisciplinar, aumentando a acessibilidade dos cuidados e a melhoria da continuidade e da eficácia da implementação de planos de cuidados individualizados (Palmer et al., 2018). Deste modo, o exercício do papel de Gestor de Caso, pelo Enfermeiro, requer uma avaliação integral da pessoa no seu meio sócio familiar. A adoção do modelo implica, assim, considerar as necessidades da pessoa, analisando, coordenando, planeando e avaliando as opções e serviços disponíveis (Araújo et al., 2021). Os papéis de cada elemento na equipa, estão definidos, de modo a evitar a repetição de ações, tornando-se uma vantagem para todos os elementos da equipa e para o utente. A equipa, dispõe de consulta de psiquiatria, promovendo a otimização de cuidados e o acompanhamento da pessoa e família, o mais completo possível, abrangendo todas as vertentes da problemática da doença mental. A atuação da equipa ocorria quer no serviço, quer no domicílio, mas também em instituições, quando necessário e solicitado. Anualmente a equipa elabora um relatório de atividades em que são avaliados os resultados obtidos e os constrangimentos identificados.

Enquanto estudante de mestrado e especialidade em ESMP, das atividades desenvolvidas, identificadas como prioritárias na área da saúde mental e psiquiátrica decorridas durante o EC, destaco a intervenção com os colaboradores e utentes da US, no Dia Mundial da Saúde Mental, a colaboração com a ESMC no seminário “Suicídio sem Tabus” e a participação no projeto “LO(U)COTÓRIO”, como atividades promotoras para a literacia em saúde mental, que serão descritas neste relatório mais adiante.

1.3 – CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS

O EC em contexto de resposta diferenciadas decorreu numa instituição das Irmãs Hospitaleiras da RAA, de novembro de 2023 a fevereiro de 2024.

O Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (IIHSCJ) é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), sob a forma de fundação de solidariedade social, instituída e mantida pela Província Portuguesa das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, em 18 de outubro de 1901. O Instituto usufrui de personalidade jurídica canónica e civil. Tem os seus Estatutos aprovados nos termos do Dec-Lei n.º 119/83, de 25 de fevereiro, com o seu registo definitivo em 08.07.1986 sob o n.º 2/86, no Livro 01 das Instituições com Fins de Saúde da Direção Geral da Segurança Social, e sua última revisão e aprovação a 6 de julho de 2021. O Instituto é a entidade que dirige as Unidades de Saúde da Província Portuguesa das Irmãs Hospitaleiras, que têm como objetivo prioritário a prestação de cuidados na área da psiquiatria e saúde mental, reabilitação, demências, lesão cerebral e cuidados paliativos (Instituto IHSCJ - Irmãs Hospitaleiras, 2022). O Instituto das Irmãs Hospitaleiras e as estruturas de saúde que dirige, implementam as estratégias de comunicação, autoavaliação e monitorização, bem como planos de melhoria contínua, que garantam o cumprimento do Código de Ética e Conduta, aprovada pela Direção do Instituto (Organização e Gestão, 2023).

A referida Casa de Saúde, dirigida pelo IIHSCJ, encontra-se localizada numa ilha da RAA, sendo um dos 12 Centros Assistenciais pertencentes ao IIHSCJ. Foi fundada a 8 de dezembro de 1973, tendo como missão, a prestação de cuidados diferenciados e humanizados em saúde, sobretudo em saúde mental e psiquiatria, sobretudo em demências e deficiência Intelectual, mas também em perturbações mentais, com respostas especializadas em ambulatório e internamento, de acordo com as melhores práticas clínicas, com qualidade e eficácia, respeito pela individualidade e sensibilidade do utente, numa visão humanista e integral da pessoa, segundo o Modelo Hospitaleiro Assistencial, um modelo de assistência integral e dinâmico da pessoa que engloba as dimensões biopsicossociais, espirituais, éticas e relacionais, numa perspetiva humana, sempre respeitando os direitos fundamentais da pessoa com doença mental, num compromisso de melhoria contínua da qualidade, integrando ciência e humanismo. A referida Casa de Saúde desenvolve a sua atividade assistencial, desde a prevenção ao tratamento, reabilitação e reintegração social no âmbito da psicogeriatría,

psiquiatria e deficiência mental. A equipa multidisciplinar deste centro é composta Psiquiatras, Enfermeiros, Médicos de Medicina Interna, Neurologista, Pneumologista, Psicólogos, Assistente Social, Pastoral da Saúde, Fisioterapeuta e Nutricionista. No que diz respeito à equipa de enfermagem, a instituição conta com mais de 20 enfermeiros e a maioria destes, trabalha a tempo parcial. Apenas uma enfermeira possui especialidade em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, em regime de prestação de serviço.

A Valência de Psicogeriatria-A2, onde decorreu o ensino clínico, é uma unidade de internamento de longa duração, com um total de 30 camas, sendo que à data do EC estavam todas ocupadas. A equipa multidisciplinar da unidade é constituída por Enfermeiros, Psiquiatra, dois Psicólogos, Assistente Social, Técnica de Reabilitação, Assistente Espiritual e oito Auxiliares de Ação Médica que trabalham em conjunto com foco nas necessidades das utentes. Na admissão das utentes é feita uma observação direta, identificação e documentação em folha própria de espólio pessoal e registo documental. O serviço trabalha segundo o método já referido, utilizando a linguagem CIPE e o sistema de documentação é o MediceOne. As utentes desta unidade têm por base um diagnóstico do foro mental que posteriormente evoluem para quadros demenciais, decorridos por um défice cognitivo evolutivo. Os graus de autonomia variam entre a dependência funcional, elevada a moderada com tendência a um aumento gradual do grau de dependência. As mesmas utentes, têm na sua maioria uma fraca interação sociofamiliar, visto a família ser inexistente ou se encontrar distanciada geograficamente.

À data da realização do estágio, na valência de psicogeriatria não estava a ser implementado nenhum programa de intervenção. Assim, enquanto aluna de mestrado e especialidade de ESMP e, tendo em conta a problemática identificada nas utentes, foi implementado um Programa de Estimulação Cognitiva, que será apresentado, com detalhe, nas competências adquiridas. Os resultados obtidos da intervenção, neste contexto de cuidados, foram partilhados em reunião formal com a direção de enfermagem e a técnica de reabilitação sob forma de demonstrar a importância de um Programa de Estimulação Cognitiva na população idosa institucionalizada. O mesmo programa foi implementado numa utente, contribuindo para estudo de caso clínico, dando origem a comunicação oral, em formato de poster (Anexo I), nas II Jornadas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica I – Convergência (s) em Saúde

Mental, do Politécnico de Leiria, desenvolvendo assim, competências de mestre no que diz respeito à partilha de resultados e conhecimentos.

2 – COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE ENSINO CLÍNICO

O Ensino Clínico realizado numa instituição de saúde permite ao estudante de enfermagem desenvolver um saber contextualizado (Ramos, 2021), promovendo a tomada de consciência das dificuldades e oportunidades da vida profissional, favorecendo a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências (Delors, et al., citado por Ramos, 2021).

De acordo com o mencionado no nº 3 do artigo 4º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), o “(...) Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (Ordem Enfermeiros, 2015a, p. 99).

Segue-se a descrição e a análise reflexiva do desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e a seguir as Competências Específicas do EEESMP.

2.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns, encorpam as competências partilhadas entre as diferentes especialidades de Enfermagem, que devem ser obtidas por todos os enfermeiros especialistas, devendo estas serem potenciadoras da intervenção destes profissionais nos domínios da conceção, gestão e supervisão dos cuidados, assim como nos domínios da investigação, formação e assessoria, sustentando assim o exercício profissional especializado e distinguindo-se do generalizado (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019).

2.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No primeiro domínio de competências comuns, a responsabilidade profissional, ética e legal, e distingue-se em duas competências, em que o enfermeiro especialista: “A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e “A2 — Garante práticas de

cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019).

Durante a prática clínica nos diferentes locais de estágio e realização de projeto de melhoria dos cuidados de enfermagem, foi tido em conta o Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015), o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015a).

Foi mantido, sempre, o respeito pela pessoa, na sua individualidade, intimidade e pessoa no seu todo. Enquanto enfermeiros, somos confrontados, diariamente com vários dilemas que surgem na nossa prática profissional. No entanto, situações como manter a privacidade, as preferências e capacidade de escolha dos utentes, a tomada de decisão, a informação fornecida à pessoa e à família, foram mantidas, mantendo a confidencialidade e a segurança de todos a quem foram prestados cuidados. Aos utentes de estudos de caso, foi pedido os seus consentimentos livres e esclarecidos, sendo os mesmos foram informados da importância da sua colaboração no processo, podendo desistir a qualquer momento, sem lhes causar prejuízo. Nos trabalhos académicos, como: relatórios, apresentações orais ou discussões de estudo de caso, foi mantida, sempre, a privacidade e individualidade de cada utente, família ou comunidade, respeitando os seus valores, costumes e crenças, bem como foi mantido o anonimato das instituições onde foram desenvolvidos os estágios. Em contexto de cuidados hospitalares, assistí diversas vezes à desmotivação e desinteresse de alguns utentes em participar nas atividades propostas, o que me levou a procurar estratégias alternativas de motivação; percebi, no entanto, a necessidade de respeitar cada utente, em determinados momentos, especialmente a necessidade dos mesmos permanecerem sós e em momento de reflexão e/ ou de descanso. Compreendi que, em alguns casos o papel do enfermeiro, passa por apenas: estar presente; permanecer em silêncio e/ou dar espaço ao utente para que este reorganize o seu pensamento. Este agir assenta nos princípios da autonomia, da dignidade e da liberdade da pessoa, uma vez que respeita as decisões que cada um toma acerca de si, embora sejam livres e esclarecidos (OE, 2015). Outro dilema confrontado, prende-se com o nível de segurança. Sendo um serviço “à porta fechada”, todas as portas são trancadas à chave com exceção às das enfermarias. Para segurança do utente e restante grupo, todo o material que vem do exterior é verificado e guardado fora do alcance dos utentes, o uso das roupas no

internamento é comum (pijama calça/túnica; roupão) e são removidos cintos ou qualquer tipo de cordel/cinturão. Venerando o princípio da não-maleficiência (OE, 2015), cada uma destas decisões respeita a intenção de não causar dano, nem na pessoa, nem nos outros doentes internados e, nem na equipa do serviço. No entanto, entre o risco e o benefício, há que ajustar e arranjar o equilíbrio, tendo em conta os valores e os interesses da pessoa, mas também as consequências pessoais e sociais. Um exemplo relaciona-se com a distribuição da roupa, feita pelos assistentes operacionais, sem atender às preferências e particularidades de cada utente. Um dia, depois da passagem do turno fui ao encontro dos utentes e, da sala de convívio ouvi uma utente a discutir com uma outra utente. Uma delas tinha as calças quase a cair-lhe da cintura e queria que a outra a fosse ajudar a chamar a assistente operacional para lhe trocar as calças. Fui com a utente ao armário e permiti que ela própria escolhesse as calças que melhor lhe ficasse. Outro especto constatado, refere-se ao momento das refeições, onde se destaca a desvalorização e a discriminação pelo doente mental, na medida em que a estes doentes comem com talheres descartáveis, enquanto que os outros doentes no mesmo hospital, internados noutros serviços, comem com talheres de inox. Posto isto, em reunião final do turno questioneei à enfermeira tutora, refletindo sobre o observado, a mesma referiu que acontece por razões de segurança, advindas da organização institucional, como medida preventiva de tentativas de autolesão/heterolesão quer aos doentes quer aos profissionais de saúde. A necessidade de alteração dos paradigmas da saúde mental embora se reconheçam esforços neste sentido, está ainda, longe de ser a ideal. Uma das áreas possíveis de intervenção por parte do enfermeiro EESMP, preconizada no Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave (OE, 2021) para combater o estigma e discriminação da pessoa com doença mental grave, passa por participar na promoção de atitudes de antidiscriminação e rejeição de representações estereotipadas da patologia mental. Por outro lado, urge, promover o debate de questões éticas entre as equipas e as suas instituições no sentido de combater o estigma da doença mental. Estes são alguns exemplos, que comprovam uma reflexão sobre a reflexão na ação, atenta e fundamentada, apoiando o desenvolvimento constante de uma prática especializada nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal

2.1.2 - Domínio da melhoria contínua da qualidade

O segundo domínio das competências comuns, refere-se à Melhoria Contínua da Qualidade e divide-se em duas competências, em que o enfermeiro especialista: “B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, “B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e “B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019).

A qualidade e a boa gestão dos cuidados de saúde proporcionam ao utente um ambiente de confiança que leva à sua satisfação relativamente aos cuidados prestados pelos profissionais de saúde. Contudo, bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas, sendo a base para melhoria contínua da qualidade do exercício dos enfermeiros (Neto et al., 2023).

A realização do PMCQCE, descrita na segunda parte deste relatório, comprova a aquisição desta competência. Ademais e, tendo em conta cada contexto de EC e as suas especificidades, foram dinamizadas estratégias e apresentados programas que contribuíssem para uma melhor prestação de cuidados aos utentes e as suas famílias. Assim, em contexto hospitalar foi elaborado uma sessão formativa para a equipa de enfermagem do serviço, com utilidade prática sobre Intervenção Familiar na Doença Mental Grave, de modo a estruturar o atendimento do familiar e prepará-lo para a doença mental, de modo a saber prevenir recidivas; saber detetar sinais e sintomas da doença e a quem pedir ajuda. Esta foi uma experiência que contribuiu para uma reflexão baseada na ação, uma vez que permitiu refletir na importância de aumentar a qualidade da prestação de cuidados, para as necessidades das pessoas. Assim, famílias detentoras de saber, poderão contribuir para uma melhor recuperação da doença mental, evitando novas recidivas de internamento. Portanto, esta atividade, contribuiu para o que é esperado dos sistemas de saúde, na medida em que estes detêm a responsabilidade de melhorar a prestação de cuidados de saúde (OMS, 2018). Outro exemplo de que esta foi uma competência adquirida, foi o convite para fazer parte de um projeto de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, pela enfermeira orientadora no último EC. É um projeto de parceria entre a US onde efetuei o EC em contexto comunitário e uma associação sem fins lucrativos de perturbações de desenvolvimento e espectro do autismo, com intuito de promover a esperança nos pais de indivíduos com perturbação do

autismo. A participação nas II Jornadas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Convergência(s) em Saúde Mental, permitiram a comunicação oral, em formato póster, do referido projeto (Anexo I). A nível organizacional é prioritário reorientar os serviços de saúde para as necessidades da pessoa, no caso específico, promover a esperança nos pais de crianças com espectro de autismo, uma vez que as intervenções que promovem a esperança, potenciam melhores resultados em saúde, visto a esperança ser um fator protetor da saúde mental. No que diz respeito em garantir um ambiente terapêutico e seguro, ao longo dos períodos de estágio foram proporcionados diferentes momentos de reflexão. Estes momentos permitiram abordar a prestação dos cuidados, aprofundando o conhecimento de mim própria, através da expressão dos meus sentimentos, medos e receios.

2.1.3 Domínio da gestão de cuidados

O terceiro domínio refere-se à gestão dos cuidados, em que o enfermeiro especialista “C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e “C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019).

Em todos os contextos foi possível adquirir e desenvolver esta competência. A tomada de decisão é uma habilidade fundamental à prática do exercício da profissão de enfermagem e a complexidade deste processo exige a capacidade para atendermos às necessidades dos utentes por meio de decisões rápidas e eficazes (Lourenço et al., 2022). Assim, mediante as especificidades de cada local de estágio, foram elaborados projetos de aprendizagem com objetivos delineados e as estratégias para os atingir. Nalguns casos, houve necessidade de adaptar os cuidados de enfermagem, de modo a otimizar a minha resposta enquanto aluna e a articulação na equipa de saúde. Exemplo disto, foi a implementação do programa de estimulação cognitiva em contexto de respostas diferenciadas. O programa foi realizado a um grupo de sete idosas, sendo que uma das utentes foi escolhida para fazer parte do estudo de caso clínico. Esta última participou em sessões de grupo. No entanto, atendendo às suas especificidades (scores dos testes cognitivos mais baixos em relação às outras utentes e pouca participativa perante o grupo), foi necessário planear sessões individualizadas, visando a garantia da qualidade dos cuidados. O enfermeiro deve, assim, conhecer os fatores que

contribuem para a tomada de decisão e deve ter as ferramentas necessárias para agir, essenciais para a prestação de cuidados de qualidade à pessoa (Lourenço et al., 2022).

Para todas as sessões quer as da estimulação cognitiva, quer as de relaxamento, em contexto hospitalar e em contexto comunitário, quer as de relação de ajuda, realizada em todos os contextos de estágio, quer as do treino metacognitivo e adesão ao regime terapêutico, em contexto hospitalar, foram previamente planeadas com objetivos definidos e lideradas por mim com supervisão especializada em ESMP. Procurei, sempre, adotar uma postura proativa e com a participação dos utentes. No entanto, em contexto hospitalar, assisti muitas vezes à desmotivação dos utentes. Nestes casos tive necessidade de arranjar estratégias para os motivar, mas também percebi que às vezes precisam de estar em silêncio e a sós. Outro exemplo de gestão de cuidados, prendeu-se com uma sessão de Mindfulness - *Mindful Eating*, também em contexto hospitalar. A atenção plena (mindfulness) define-se como um estado inato da mente humana e faz referência à prestação de uma forma intencional ao que ocorre no momento presente, com uma atitude de curiosidade, aberta e amável, sem julgamentos, críticas ou rejeições do que ocorre aqui e agora (Kabat-Zinn, 2003, citado por Miguel & Ruiz, 2020). Trata-se de estar atento aos detalhes das experiências, pensando e sentindo o momento (Miguel e Ruiz, 2020). Deste modo, a sessão tinha como objetivos: identificar a atenção plena como fator protetor para a saúde mental; reconhecer a importância da gestão da ansiedade; dar a conhecer a técnica de comer com atenção plena, através dos sentidos e do corpo; executar/treinar a técnica de comer com atenção plena. Durante a sessão, a maioria dos utentes tomou consciência do momento e da atenção plena, tendo a sessão um balanço positivo, com o cumprimento de todos os objetivos. Os utentes referiram ter gostado da sessão, de terem apreciado o momento, reconhecendo que é importante viver o aqui e agora. No entanto, uma utente referiu não ter gostado da experiência, referindo ter sentido “um peso da pipoca na barriga” (sic), mostrando-se ansiosa. A tomada de decisão assume-se como um processo complexo que é influenciado por fatores pessoais, fatores relacionados ao paciente e fatores organizacionais (Alaseeri et al., 2021). Esta atividade foi importante para a aquisição da referida competência, permitindo uma tomada de decisão e posterior reflexão. Estando atenta a sinais comportamentais dos utentes perante a mesma atividade, através de competências de observação e avaliação, foi possível refletir que o impacto de uma determinada atividade tem resultados diferentes nas pessoas. Posto isto, encaminhei a utente para o seu quarto,

respeitando a sua privacidade, prestando-lhe apoio emocional, com escuta ativa e demonstração da técnica de respiração diafragmática, como técnica de relaxamento em alternativa à atividade proposta, tendo sido eficaz na diminuição de ansiedade da utente. O ambiente de trabalho está relacionado com a forma como o enfermeiro lidera e toma decisões nas unidades de saúde e é sentido pela interação que existe no seio da equipa (Mattos & Balsanelli, 2019). Foi notória a evolução da utente, a partir deste dia, mostrando interesse em participar noutras atividades, apresentando-se mais calma e colaborativa nos cuidados, perante os profissionais de saúde.

Em enfermagem verifica-se a necessidade de desenvolvimento de habilidades, entre as quais a liderança, uma vez que esta tem efeito na equipa, assim como os resultados, sendo um fator indispensável na melhoria dos cuidados (Mattos & Balsanelli, 2019). Em todos os contextos de estágio, as equipas de enfermagem eram coordenadas por enfermeiros especialistas, que possuíam mais experiência nos serviços alocados, boa capacidade de comunicação, argumentação, possuindo características de liderança democrática, ou seja, cada elemento da equipa tinha as suas tarefas orientadas e apoiadas pelo líder, pelo enfermeiro(a) coordenador(a). São várias as teorias sobre liderança, sendo que parecem agrupar-se em três, nomeadamente: liderança autocrática, democrática e laissez-faire (Avolio et al., 2009). No caso específico em contexto hospitalar, a divisão de tarefas e atribuição de doentes aos enfermeiros no turno ficava a critério do grupo, comprovando ser uma liderança democrática. Sempre que se ausentavam por motivos de diversa ordem, delegavam as suas funções a outro enfermeiro, também ele/ela enfermeiro(a) especialista. Na enfermagem o líder deve preocupar-se com o bem-estar dos outros e preocupar-se também com a gestão emocional para o melhor desempenho da liderança. A gestão dos recursos humanos em enfermagem é, pois, essencial para que sejam prestados cuidados de qualidade e com segurança. A dotação segura de enfermeiros, constitui um dos múltiplos indicadores de saúde positivos. Os indicadores em saúde, são parâmetros de avaliação essenciais, para a gestão nos cuidados de saúde e de enfermagem, que proporcionam informação sobre diferentes dimensões desses mesmos cuidados e da saúde das populações (Cardante, 2020).

2.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O quarto domínio, refere-se ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, em que o enfermeiro especialista “D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” e “D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019).

Para o desenvolvimento desta competência foram realizadas análises sobre o meu EU, através de testes de avaliação pessoal e profissional dos autores Anne Bacus e Christian Romain; testes de personalidade ou “Quem é você?”; Avaliação da Dominância Cerebral, do autor Ned Herrmann. O processo de autoconhecimento foi suportado pela elaboração de diários reflexivos, que se revelou uma mais-valia no desenvolvimento desta competência,

A título de exemplo, no EC em contexto comunitário, ao chegar à sede da SU da qual sou colaboradora foi uma mistura de emoções no primeiro dia. Envolvida num estado de grande ansiedade e expectativa, lá fui eu. Certa que a ansiedade e o stress são mecanismos de defesa, para os quais tinha presente o motivo que os despoletava, arranjei estratégias para os minimizar, colocando por exemplo, em prática a auto-compassão, reconhecendo que não somos perfeitos e precisamos de tempo e espaço para refletir nas nossas capacidades e limites pessoais. Apesar de exercer a profissão há quase duas décadas, estar no papel de estagiária no meu local de trabalho, trouxe-me memórias nostálgicas. Pude reencontrar colegas antigos, do curso de licenciatura, outros da pós-graduação, dos quais guardo boas recordações. O Modelo Misto de Goleman (modelo de personalidade) foi tido em conta nesta competência. Para Goleman, a capacidade de identificar e lidar com as emoções e sentimentos pessoais e dos outros indivíduos combina 5 componentes: autoconsciência, autorregulação, motivação, empatia e habilidade social (Ana, 2021). O acolhimento da enfermeira orientadora de estágio e a receção de toda a equipa proporcionou uma rápida integração na equipa e logo o receio de EU ser o centro das atenções dissipou-se.

Durante os estágios, nas relações estabelecidas com os utentes, aconteceram impasses que foram sendo identificados e discutidos em contexto de supervisão. Conseguiu-se assegurar a manutenção dos limites da relação formal para preservar a integridade dos processos terapêuticos. A dada altura a utente estudo-caso em contexto comunitário, como gesto de gratidão, convidou-me para tomar café. Perante a situação, senti receio pela possibilidade de

ruptura da relação e receei que a utente abandonasse o processo terapêutico. Não obstante, o pedido foi recusado com recurso à assertividade, assente na honestidade na verdade e transparência. “Gostava muito de aceitar o seu convite, mas não posso”; “fico-lhe agradecida”, “estou em posição de trabalho, e não de convívio”, “eu gostava que compreendesse” Através da assertividade foi possível clarificar a qualidade da relação terapêutica, as diferenças face à relação social, e recusar o pedido para café. A utente compreendeu e deu-se continuidade à relação de ajuda.

Ao longo dos estágios foram vivenciadas oscilações de emoções, que obrigaram à reflexão e à melhor preparação para uma prática baseada em referenciais teóricos e evidências científicas, contribuindo para uma consolidação de conhecimentos, adquirindo uma maior confiança e consciência nos cuidados prestados aos utentes/família/comunidade. A autoconsciência está na base da inteligência emocional, onde o indivíduo é capaz de afastar um estado de espírito negativo. Não de reagir com exageros, mas sim de um modo neutro, que mantém a autorreflexividade mesmo perante emoções turbulentas (Goleman, 2011; citado por Amestoy, 2020). Ao possuir esta capacidade de saber quem realmente sou, como pessoa e como enfermeira consigo estabelecer uma boa relação com o próximo, com o utente. Aprendemos uns com os outros, numa relação recíproca (quando possível), entre o dar e receber. Ao ter vivenciado processos de luto, uns mais intensos que outros, fez-me ficar sensível a esta temática. Esta é uma área com a qual me identifico e para a qual, tento desenvolver, aprofundando os meus conhecimentos, para um melhor cuidar de pessoas que estejam a necessitar de apoio nesta problemática, não do luto, mas sim de não saber lidar com os sentimentos que dele advém, correndo o risco de desenvolver uma perturbação de luto prolongado.

A realização do workshop “Ser Compassivo no Luto – Como ajudar quem está em luto? O que dizer e não dizer?” promovido pela Comunidade Compassiva – ComVida (Anexo II) é exemplo do estudo aprofundado e desenvolvido no PMCQCE, tendo de igual forma para a aquisição da competência supracitada.

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

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica tem o foco na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradoras de sofrimento, alteração ou doença mental (Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto, 2018).

Assim, tendo em conta as competências específicas do EESMP, estas diferenciam-se das outras especialidades pela sua prática clínica distinta, as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao EESMP desenvolver um juízo clínico particular (Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto, 2018). A este profissional de saúde, com a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, compete promover a saúde mental, prevenir a doença mental, participar do seu tratamento e ainda da reabilitação psicossocial das pessoas doentes e das suas famílias, permitindo a adequação de respostas das pessoas e grupos ao problema de vida humana que enfrentam, promovendo a sua qualidade de vida (Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto, 2018). Durante o processo terapêutico, o EESMP, procura garantir, através de saberes e conhecimentos técnico-científicos, mas particularmente humanos, que a pessoa vivencie experiências gratificantes quer na relação interpessoal quer nas relações interpessoais (Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto, 2018).

Este processo de utilização de si próprio como instrumento terapêutico foi-se desenvolvendo no decorrer dos ensinamentos clínicos de modo gradual e progressivo, permitindo o desenvolvimento de conhecimento, práticas e atitudes perante situações complexas. O modo como os ensinamentos clínicos permitiram que fossem atingidas as competências específicas do EESMP, estão abaixo descritas.

2.2.1 - Conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê do autoconhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional

Esta competência específica do EESMP, segue em continuidade ao quarto domínio das competências comuns do enfermeiro especialista, uma vez que é esperado que o enfermeiro desenvolva o autoconhecimento e a assertividade, baseando a sua prática clínica especializada em evidência científica. Comunicar e estabelecer relações é inerente a qualquer ser humano.

Assume, porém, contornos particulares e de extrema importância aquando da prestação de cuidados de Enfermagem no âmbito da Saúde Mental e Psiquiátrica. Estabelecer uma relação de ajuda com a pessoa portadora de doença mental constituiu, portanto, um enorme desafio, que atualmente considera ter sido superado com sucesso. Na prática clínica, foram vários os momentos reflexivos tanto individuais como em colaboração com os enfermeiros supervisores e foi efetuado um investimento contínuo e consistente a nível do autoconhecimento e de estudo acerca da relação de ajuda, técnicas comunicacionais e impasses da relação terapêutica. Tornou-se pertinente o investimento e a aquisição de conhecimentos, através de pesquisa bibliográfica em base de dados, realizadas no âmbito do treino meta-cognitivo; doença mental grave; ansiedade; depressão; reestruturação cognitiva; luto e estimulação cognitiva, contribuindo para um melhor planeamento das sessões com os utentes.

Ao longo dos períodos de estágio foram proporcionados diferentes momentos de reflexão. Estes momentos permitiram abordar a prestação dos cuidados, aprofundando o meu conhecimento sobre mim, através da expressão de sentimentos, emoções, medos e receios.

A realização do EC num contexto de internamento de agudos em psiquiatria revelou-se como o maior desafio que enfrentei ao longo não só do meu percurso académico, mas também profissional. Na semana que antecedeu o início do EC houve momentos de grande ansiedade e stress de difícil gestão que chegaram a colocar em causa a minha escolha; tal, agora reconheço, esteve fortemente associado ao medo do desconhecido do que respeita ao cuidado da pessoa com doença mental neste contexto em particular. Ciente do esforço e desafio que iria enfrentar, realizei uma revisão de conhecimentos teóricos e processo de enfermagem aplicado a diferentes patologias do foro mental. Os primeiros dias foram marcados pela facilidade de integração na equipa multidisciplinar, interesse e aceitação por parte dos colegas, contribuindo para que me sentisse confiante. Também a relação terapêutica que fui desenvolvendo com os utentes contribuiu para uma mudança do cenário que tinha projetado antes do início do EC. Aos poucos, senti-me progressivamente mais capacitada para intervir junto destes doentes e entender as suas necessidades no que respeita à intervenção especializada em ESMP.

A supervisão dos enfermeiros tutores (EEESMP), com reflexões sobre a ação contribuíram para reflexões diárias sobre o que são cuidados especializados em ESMP e melhor adaptar estratégias para cada utente, conforme a especificidade e particularidade de cada um deles.

A atividade assistencial no início do EC em contexto comunitário e a orientação da enfermeira supervisora neste período foi difícil, uma vez que coincidiu com a preparação do evento promotor de Literacia em Saúde Mental e a mesma ter pouca disponibilidade para a prática supervisionada, proporcionando-me alguns momentos de desmotivação e tristeza, por não poder colocar em prática conhecimentos por mim adquiridos na teoria. No entanto, vi-me envolvida e útil para com a equipa na preparação do referido evento - "Suicídio sem Tabus". Para mestre de cerimónia (evento inclusivo) estava destacada uma colaboradora da US (senhora C.), com uma particularidade de ser invisual (cegueira congénita), com guião escrito a Braille, que iria precisar de assistência e de uma mestre de cerimónia (voz *off*) que a pudesse dar apoio e que a pudesse substituir, caso houvesse necessidade para tal. A enfermeira supervisora, vi em mim qualidades para que fosse esta pessoa de apoio. "És calma, transmites paz e serenidade", "atenciosa e simpática" ...tudo o que a C. precisa, pois ela...apesar de aceitar todas a vezes o desafio, fica muito ansiosa. Aceitei o desafio com a maior alegria, e entusiasmo, no entanto, com algum receio. Em primeiro lugar, por não conhecer a senhora C. e em segundo lugar, porque a qualquer momento poderia ser eu a ter de conduzir o evento. Para poder preparar-me à altura, li e reli o guião...tentei sempre estar atenta a alterações, vindas da organização do evento para possíveis mudanças no guião. No dia da véspera do seminário, disponibilizei-me para estar presente, com a ESMC e a senhora C. no local do evento, para últimos preparativos e estabelecer contato presencial com a senhora C. Apresentei-me à senhora C. e foi notório desde o início a empatia mútua. Reservei um lugar, onde o ambiente fosse livre de ruídos, sem obstáculos. Lemos o guião várias vezes, para certificarmos que estaríamos preparadas. Fiquei impressionada com o à vontade da mesma e o seu sentido de humor apurado. Recorria grande parte das vezes à ironia..." ah, há quanto tempo não te via" ..." ainda bem que eu não vejo nada, assim fico mais calma" ..." estás tão bonita hoje" (referindo-se a uma pessoa conhecida). Apesar da sua incapacidade visual, é funcional (em quase todas as tarefas). Com a sua autoestima preservada, vaidosa e de uma enorme simpatia. Determinada e persistente, viu-se desde criança e ter de aceitar a sua condição e adaptar-me

ao mundo que a rodeia. Neste dia, pude refletir o quão grata fui por conhecer a C., o quão grata sou, por ser quem sou e grata por tudo o que serei.

No dia do evento, assim que cheguei ao local, onde se realizaria o seminário, procurei a C. para a tranquilizar, dizendo-lhe que estava lá para a ajudar e que iria correr tudo bem.... No início, a C. mostrava-se ansiosa. Pediu-me para tocar nas as suas mãos. Estavam frias e a tremelicar. Referiu-me que tinha tido dificuldade em adormecer, com receio de não conseguir executar o papel que aceitara. Estava com dificuldade em concentrar-se, com respiração ofegante.

Pedi-lhe permissão, segurei-lhe cuidadosamente no braço e guiei-lhe à grande sala, antes da sua enchente. Com voz calma, expliquei que a respiração estava muito rápida e que acabaria por agravar a sua ansiedade, dificultando a gestão das emoções. Comecei o exercício de relaxamento respiratório. Ao fim de 4 ciclos a sua respiração começou a normalizar. Preparamos os guiões, o dela em Braille e o meu em rascunhado. Demos uma última leitura...e...” Perfeito, vai correr tudo bem!”, disse-lhe eu, ao que ela me retribuiu...” todos fossem como a senhora enfermeira, tínhamos um Mundo melhor!”

Naquele momento tive assim a oportunidade de mobilizar competências de EEESMP, conseguindo no aqui-e-agora gerir as emoções da C., monitorizando as suas reações corporais, mantendo sempre o contexto e limites da relação profissional (F1.1), avaliando as necessidades específicas da pessoa, no âmbito da saúde mental (F3.1), mantendo o foco na pessoa que tinha à minha frente no cerne da questão – a gestão das emoções. Refletindo sobre as minhas emoções considero que experienciei um impasse terapêutico, pois estava a rever a minha pessoa na C., com ansiedade ao ter de falar perante uma plateia repleta de gente.

Outro exemplo, em contexto de respostas diferenciadas, foi a vivência de oscilações de emoções, até mesmo impasses terapêuticos que me obrigaram a refletir e a reformular uma das sessões do programa de estimulação cognitiva, da utente alvo de estudo de caso. Prestes a dar por concluído o programa de estimulação cognitiva, a utente apercebe-se que a intervenção/relação da enfermeira para com ela começa a chegar ao fim... “tanta amizade para depois ir embora” (sic). Neste contexto a transferência foi tida como uma conexão entre o passado, e o presente. A utente viu em mim uma pessoa que pudesse ter como amiga, assim como aconteceu, outrora com uma vizinha com a qual tinha uma boa relação, mas nunca a mais a viu, desce a sua institucionalização. Depois da sessão, tive oportunidade de refletir

sobre a ação junto da minha supervisora clínica, havendo necessidade de se programar uma sessão para estabelecer o fim da relação terapêutica para com a utente. Posto isso, na sessão em se deu o encerramento da relação de ajuda, à utente foi explicado que a relação terapêutica teve um propósito e objetivos a atingir, cuja relação era de ajuda e não social. Perante o seu diagnóstico identificado, cognição cognitiva comprometida, foi elaborado um plano com atividades e todas as atividades tinham um fim terapêutico, não apenas lúdico e ocupacional. Assim que utente atingiu os objetivos propostos, confirmados pelo seu desempenho nas tarefas diárias e o interesse em continuar a bordar e os resultados obtidos nos testes cognitivos, como o “Mini Mental State Examination”, o teste do relógio e o teste de declínio cognitivo. No Mini Mental State Examination foi visível uma melhoria na pontuação final, nomeadamente nos domínios orientação, atenção e cálculo e evocação em relação à primeira sessão. No teste de declínio cognitivo, apesar de pouca diferença (um valor diferença), houve melhoria. Salienta-se o Teste do Relógio, em que a utente na primeira sessão apresentou uma desorientação espaço-visual, sem marcação da hora. Na última sessão, no desenho do relógio, percebeu-se que a utente teve ganhos na cognição, nomeadamente na orientação e praxis, desenhando um relógio com números ordenados, com ponteiros marcando a hora que lhe foi pedido para desenhar. Assim, uma vez atingidos os objetivos e obtidos os ganhos esperados, o papel do enfermeiro seria nesta fase de reforço positivo e dar como terminada a relação. O contrato funciona com uma ferramenta de trabalho para o enfermeiro onde este apresenta os pressupostos do processo terapêutico (Queiroz, 2017). A utente compreendeu e deu-se o fim da relação de ajuda. Manifestou, no entanto, interesse em manter atividades como as realizadas no Programa de Estimulação Cognitiva, especificamente, bordados de Ponto Cruz, pelo que se articulou com a Enfermeira Diretora da Instituição, a importância de se manter o programa implementado, ou pelo menos, as atividades nele desenvolvidas. Considero, que nestes casos, em particular, foram geridos os fenómenos de transferência e contra transferência, impasses ou resistências e o impacto de mim própria na relação terapêutica mantido o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico (F1.1.2) e mantidos os contextos e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico (F1.1.3), bem como, foram monitorizadas as minhas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando o “dar conta de si” interativo, para melhorar a

relação terapêutica (F1.1.4). Os aspetos que destaco da minha prestação ao longo do EC estão relacionados com a capacidade de comunicação perante diferentes contextos e patologias, como a comunicação empática, a utilização de técnicas de escuta ativa: mantinha um contato visual enquanto falava com os utentes, evitava cruzar as pernas e braços, pois estes gestos evidenciam uma atitude defensiva, clarificava as respostas dadas pelos utentes, assim como reformulava. A gestão do silêncio e uma expressão facial adequada aos momentos vivenciados, mostrando ser compreensivas aos mesmos. Todas estas técnicas respeitaram as regras que facilitam a escuta, segundo Chalifour (2008).

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

No âmbito do Regulamento de Competências Específicas do EEESMP publicado em Diário da República nº515/2018, de 7 de agosto de 2018, a Unidade de Competência F2.3 enuncia que o EEESMP: “Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.” (p.21428). Deste modo, foi possível acompanhar projetos/trabalhos da ESMC, em contexto comunitário, intervindo na perspetiva quer da promoção da saúde mental, quer da prevenção da doença, mas também do tratamento e reintegração das pessoas doentes.

Deste modo, atendendo a que os EEESMP podem assumir um papel de relevo, no que concerne à promoção da literacia em saúde mental dos cidadãos, no EC em contexto comunitário foi desenvolvido, a atividade “Nossas mentes, nossos direitos” (Apêndice II), tendo como objetivo consciencializar para a importância da saúde mental positiva e incentivar ações que promovam e protejam a saúde mental de todos como um direito humano universal. De acordo com Carvalho et al. (2022) a literacia em saúde mental positiva refere-se à consciência da pessoa sobre como alcançar e manter uma boa saúde mental, indo ao encontro do que é preconizado no Guia de Boas Práticas de Literacia em Saúde mental (OE, 2023).

Na atividade supracitada, foi notório a participação ativa de todas as pessoas, quer individual quer em grupo. Ao registar o momento, fotograficamente, com um sorriso, quer genuíno quer involuntário, foram certificados momentos de descontração, ficando as pessoas minutos depois mais relaxadas e de fâcias feliz, tomando consciência da importância de momentos como aqueles, para uma boa saúde mental. Ainda, em contexto comunitário, outra atividade que contribuiu para a literacia de saúde mental positiva, foi a participação no, já referido,

projeto “LO(U)COTÓRIO”², através da divulgação de material audiovisual e produção artística de sensibilização pró-saúde mental, dirigido à comunidade açoriana. Tendo em conta a unidade de Competência F2.3.1 em que o EEESMP: “Implementa na comunidade programas centrados na população que promovam o empoderamento, a saúde mental e previnam ou reduzam o risco de perturbações mentais, privilegiando estratégias de desenvolvimento comunitário participativo (p.21428)”, a colaboração no Seminário “Suicídio sem Tabus”, decorrido, também em contexto comunitário. Em contexto de respostas diferenciadas, foi possível implementar um Programa de Estimulação Cognitiva, após identificação de necessidades específicas daquela população. O Programa foi implementado, quer individual (utente estudo de caso), quer em grupo (seis utentes da valência de psicogeriatría), tendo como resultados esperados: uma função cognitiva melhorada, alteração positiva nos testes cognitivos, nomeadamente nos domínios da orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação e práxis, assim como desenvolver o potencial das capacidades cognitivas. A estimulação e compensação dos défices cognitivos revelou-se uma das áreas de atuação do EEESMP, tendo em conta o seu papel promotor da adaptação das respostas desajustadas da pessoa, no contexto de transição pelo qual está passando, o envelhecimento, procurando evitar o agravamento da situação de doença mental e aumentando a sua qualidade de vida. Apesar de ter verificado a resistência por parte de algumas utentes em participar nas atividades no início do programa, as utentes aperceberam-se dos ganhos obtidos ao fim de algumas sessões, nomeadamente nos domínios da atenção e cálculo, mostrando interesse em continuar no referido programa. De acordo com Silva & Seabra (2020), a avaliação da eficácia, eficiência e/ou efetividade das técnicas implementadas têm a finalidade de perceber como se pode, de uma forma mais efetiva, capacitar a pessoa com doença mental, a se adaptar e a viver com os déficits cognitivos existentes, da forma mais autónoma e organizada possível. Sendo o referido local de estágio implementador do modelo assistencial hospitalareiro, pude constatar que a saúde mental é tida em conta, englobando as dimensões biopsicossociais, espirituais, éticas e relacionais, numa perspetiva humana, sempre respeitando os direitos fundamentais da pessoa com doença mental, num compromisso de melhoria contínua da qualidade, integrando ciência e humanismo.

Considero, que as atividades acima descritas, contribuíram para a aquisição e desenvolvimento da segunda competência do EESMP, uma vez que foi feita uma recolha de

informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos utentes, incluído a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental, com mobilização de aptidão comunicacional, sensibilidade cultural e linguística (Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto, 2018).

2.2.3 - Ajuda na recuperação da saúde mental, de pessoas, grupos e comunidades

A aquisição e o desenvolvimento desta competência, tal como consta do descritivo da mesma, remete para o método de gestão de caso, onde inclui atividades como: organização, avaliação, negociação, coordenação e integração de serviços e benefícios para o utente (Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto, 2018). Deste modo, através da elaboração de estudos de caso, em todos os contextos de estágio, com colheita e análise de dados, determinação dos diagnósticos de enfermagem, identificação dos resultados esperados, planeamento, desenvolvimento e ajuste do plano de cuidados com os utentes em estudo, bem como a equipa de saúde dos respetivos campos de estágio, foram usadas estratégias e competências para a execução das intervenções.

Na enfermagem de saúde mental, o enfermeiro intervém com o objetivo de promover a autonomia e a funcionalidade do utente, através de um processo de empoderamento, em que o utente se responsabiliza pela sua saúde. Assim sendo, a teoria de médio alcance de Hildegard Peplau - Teoria das Relações Interpessoais – é teoria que melhor se adequa ao estudo de caso em questão. A mesma teórica valoriza a relação terapêutica entre o enfermeiro-utente na identificação de problemas, tal como na procura de soluções. O utente tem, portanto, um papel ativo na sua recuperação e o enfermeiro a função de promover o empowerment ao utente, traduzindo na capacitação da pessoa para assumir o controlo da sua saúde, respeitando o princípio ético da autonomia do utente (Martins et al, 2021, p.21).

As entrevistas clínicas aos utentes foram efetuadas em ambiente era calmo, acolhedor e livre de distrações, de acordo com os contextos de estágio, de modo a proporcionar segurança e privacidade aos utentes. Após a apresentação dos intervenientes e das suas funções, foi pedido aos utentes o seu consentimento. Durante as entrevistas de enfermagem efetuadas aos utentes, aquando consulta de enfermagem, através da observação e aplicação de escalas de avaliação (Mini Mental State Examination, Teste do Relógio, Teste de Declínio Cognitivo, escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS), escala de Medida de Adesão aos

Tratamentos (MAT), Escala de Depressão de Hamilton, Escala de Autoestima de Rosenberg e Escala de Ansiedade de Zung), realizava a avaliação funcional, a sua perceção de saúde/doença, os seus medos e receios, a adesão ao regime medicamentoso, relacionando o estado físico com as características do seu estado mental, abrangendo os aspetos de interação social. Após estas entrevistas, num primeiro contacto era possível concluir se estes mesmos utentes eram portadores de um desequilíbrio sensível aos meus cuidados enquanto EESMP.

Nas entrevistas supracitadas, foram tidos em conta os parâmetros da apresentação geral para uma avaliação do estado mental, preconizados por Querido et. al (2019).

Em contexto hospitalar, partindo dos diagnósticos de enfermagem identificados, foram estabelecidos planos de intervenção estruturados, apresentados e negociados com os supervisores clínicos e os utentes. Os problemas de saúde mental identificados foram de diversas ordens, desde recuperação de toxicodependência, alteração do pensamento sobre forma de delírio, alteração da perceção sob forma de alucinação, ou ainda baixa autoestima, ansiedade presente ou autocontrolo da ansiedade comprometida, sendo mobilizadas as intervenções mais adequadas para cada caso. Após constatar que a ansiedade e o autocontrolo da ansiedade comprometido eram os diagnósticos mais comuns a quase todos os doentes internados, estabeleci um plano estruturado com cinco sessões de intervenção terapêutica, em grupo para responder a esta problemática. Destacam-se, das atividades promovidas por mim neste plano de sessões, sob supervisão da EESMP uma sessão de relaxamento, sessões de terapia pela arte, treino de competências sociais, nomeadamente interação social, com a participação em jogos de grupo, atividades ocupacionais terapêuticas (cartas, jogo do UNO, estética e manicure, pintura de mandalas). Para estas sessões estabeleci como critérios de inclusão: utentes com ansiedade diagnosticada ou que quisessem participar desde compensados clinicamente de modo a não interferir na participação dos outros utentes; que tivessem o Mini Mental State Examination (MMSE) igual ou superior a 27. Todas as sessões foram baseadas na confidencialidade e respeito pela opinião do outro, possibilitando assim a coesão do grupo e o sucesso das sessões.

No estudo de caso, do referido contexto de estágio, utente com doença mental grave, nomeadamente Psicose, foi identificado o delírio “Pensamento distorcido” (ICNP Browser, 2019), especificamente, delírio persecutório, evidenciado com expressões como: “teve de ser,

alguma coisa entrou no telhado tem umas semanas atrás...sentia a presença” ...” não conseguia descansar” ...” não dá”. Ideia que várias pessoas têm acesso à sua casa, que entram nela...governos, instituições que guardam segredos...fala em mudanças...” não vê como as coisas estão? não vê que estão diferentes? não viu o que aconteceu?” (sic). A psicose caracteriza-se por distorções de pensamento e da percepção, assim como por uma série de emoções inadequadas (OMS, 2015). A pessoa com psicose poderá apresentar: delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor anormal ou desorganizado e sintomas negativos (American Psychiatric Association, 2014). Assim, para este utente, foi elaborado um programa de Treino Meta-Cognitivo. Outro diagnóstico identificado, foi a adesão ao regime medicamentoso comprometido – “Adesão ao regime” (ICNP Browser, 2019), evidenciado com “primeiro reduzi e depois parei...isso agora está mau...” (sic), tendo sido implementada uma sessão formativa sobre a adesão ao regime medicamentoso, tendo o utente participado ativamente na sessão e atingido os objetivos propostos da sessão. O mesmo comprometu-se ao cumprimento da medicação, mostrando-se recetivo à administração do injetável assim que terminou a sessão.

Em contexto comunitário, foi possível implementar a “reestruturação cognitiva”, aplicado e assente nos seus pressupostos a uma utente com alguns problemas de saúde mental como: processo familiar comprometido (relação mãe-filha), humor depressivo e baixa autoestima. O objetivo foi ensinar a utente a controlar as distorções do pensamento que contribuem para o desenvolvimento e manutenção das perturbações do humor. Pretendi que a utente fosse capaz de identificar padrões disfuncionais de pensamentos e comportamentos, ajudando-a a conseguir testar a validade dos mesmos, visando uma mudança dos pensamentos automáticos que surgem de forma espontânea e condicionam as perturbações no humor. Deste modo, foi pedido à utente que descrevesse realidades que apoiassem os pensamentos automáticos e depois revisto com a mesma em que medida é que existia uma justificação lógica para aquele pensamento. Uma outra estratégia foi fazer com que a utente percebesse o que poderia acontecer se os seus pensamentos fossem efetivamente verdadeiros.

Outra necessidade identificada, dando origem ao PMQCE (descrito na segunda parte deste relatório) implementado meu local de trabalho, foi o apoio a famílias enlutadas, recorrendo à entrevista FIFE Querido et al. (2019), alternativa ao Modelo de Tidal (que se refere à

recuperação da natureza da pessoa que perdeu o controlo sobre a sua narrativa), de uma forma mais simplificada para colheita de dados subjetivos, junto dos cuidadores de familiares em fim de vida, cujo objetivo visa aceder à experiência da pessoa, tendo em conta quatro dimensões, com vista a identificação das áreas de intervenção psicossocial: 1 - F (Feelings – Sentimentos) – relacionados com a doença, incluindo medos ou receios da pessoa; 2 - I (Ideas – Ideias) – e explicações sobre as causas dos sintomas ou da doença; 3 - F (Functioning – Funcionamento) – o impacto da doença na vida do dia-a-dia; 4 - E (Expectations – Expetativas) – sobre o profissional de saúde e sobre a doença.

Os exemplos supracitados possibilitaram mostrar de forma concreta o modo como o método de gestão de caso incluindo atividades como: organização, avaliação, negociação, coordenação e integração de serviços e benefícios para o utente, contribuíram para a aquisição da referida competência.

2.2.4 – Prestação de cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais

O desenvolvimento desta última competência foi possível ao longo dos diferentes contextos de EC e estágio, tendo sido planeados e implementados em contexto de internamento hospitalar e em contexto de respostas diferenciadas programas de intervenção em grupo, sendo integradas pessoas em situação de doença aguda de forma a facilitar a sua comunicação com os outros e a controlar os seus níveis de ansiedade e intervir em utentes institucionalizadas com risco de cognição comprometida/cognição comprometida, ajudando-as a atingir a sua máxima capacidade funcional e emocional tão rapidamente quanto possível.

Assim, defini que seria oportuna, em contexto hospitalar a implementação de um programa, onde foram desenvolvidas intervenções terapêuticas em grupo, com recurso a trabalhos manuais, música, expressão de sentimentos, reconhecimento de qualidades pessoais. Por se identificar a Ansiedade como um diagnóstico presente na maior parte dos doentes internados e ser um foco de intervenção autónoma do EESMP (Sequeira e Sampaio, 2020), permiti-me, desta forma, a implementar programas de intervenção autónoma em enfermagem. Na primeira sessão do referido programa, apresentei-me aos doentes como futura EESMP, demonstrando disponibilidade para apoiar todo o processo terapêutico. Foi definido o grupo de utentes que iriam integrar as sessões, identificadas junto dos utentes as temáticas que

gostariam de abordar e trabalhar durante as sessões e quais as técnicas de expressão plástica que gostariam de utilizar, seguindo-se o planeamento das sessões psicoterapêuticas, baseadas na confidencialidade e respeito pela opinião do outro, possibilitando a coesão do grupo e o sucesso das sessões. Iniciou-se a relação de ajuda com o grupo através de uma escuta ativa. Nesta segunda sessão, pretendeu-se que o grupo explorasse as suas vivências sociais e eventos festivos (memórias dos Santos Populares – à data do referido EC) e que cada utente partilhasse as memórias que tinham da família em momentos festivos, os sentimentos que a família lhes transmitia e que identificassem quais as pessoas significativas no seio familiar. Com o objetivo de promover a relação interpessoal, incentivei os utentes a procurar dar sempre o seu melhor e a ficar orgulhosos disso, ao invés de procurar a perfeição; exercitar a memória; conhecer cada elemento do grupo de forma mais aprofundada; promover o trabalho em equipa; incentivar a expressão de sentimentos, memórias e emoções; incentivar a criatividade; promover a partilha de sentimentos e emoções com o grupo através da terapia pela arte; facultar apoio emocional e de suporte na aquisição de estratégias para o alívio da sintomatologia manifestada pelos utentes. A sessão teve duração de 60 minutos. Contou com a participação de 6 utentes. O balanço geral foi positivo. Os utentes participaram ativamente no decurso da sessão, demonstrando motivação. Foi verificada interação positiva entre o grupo, mostrando entreajuda na atividade desenvolvida, houve troca de elogios entre os pares, com o intuito de aumentar a autoestima dos mesmos. Nesta segunda e terceira sessão, pretendi estimular a perceção individual e interpessoal e promover a união do grupo, com o propósito de: estimular os doentes a expressar e partilhar sentimentos e opiniões, permitir que os mesmos reconhecessem as suas próprias qualidades, incentivando-os à reflexão acerca dos seus próprios aspetos positivos, promovendo a auto-análise/auto-conhecimento, escrevendo na folha de papel fornecida (formato escama de peixe – sardinha dos Santos Populares) uma característica sua positiva e uma expectativa após a alta. De acordo com Melo-Dias et. al. (2014), as atividades de ocupação terapêutica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica têm características fundamentais, decorrem no ambiente clínico de enfermagem, dando resposta a problemas/focos de atenção de enfermagem, sendo por isso prescritas, implementadas e avaliadas pelos enfermeiros, em função do raciocínio clínico e diagnósticos de enfermagem. A quarta sessão consistiu numa sessão de relaxamento, com a técnica de respiração diafragmática. Esta foi a técnica escolhida por não ter contraindicações, na sua

utilização. Os utentes referiram ter gostado da sessão, de terem relaxado, reconhecendo que o relaxamento é uma forma de reduzir sinais e sintomas de ansiedade. A eficácia desta técnica foi, também, avaliada através de parâmetros vitais como a frequência cardíaca e tensão arterial, antes e depois da sessão, tendo-se verificado uma diminuição dos valores, na generalidade dos utentes, o que significa que a sessão foi benéfica naqueles doentes, com o diagnóstico ansiedade. No final da sessão foi entregue folheto informativo da referida técnica de relaxamento (Apêndice II). Ainda em contexto hospitalar, ao utente estudo caso, portador de doença mental grave (perturbação psicótica), com internamentos recidivos, foi implementada uma sessão formativa por mim efetuada – Adesão ao Regime Medicamentoso, tendo o doente mostrado interesse e motivado a alterar comportamentos em relação ao cumprimento da terapêutica medicamentosa (consentiu, verbalmente, a administração do injetável). Coloquei em prática várias técnicas comunicacionais, tendo presente os princípios da escuta ativa. Foi delineado um programa de Treino Meta-Cognitivo para o referido doente. Apesar de não ter sido possível a sua implementação, por motivos de diversa ordem, o programa ficou na posse do serviço, dado que possui viabilidade para ser aplicado no futuro, em outros doentes.

Em contexto comunitário, para o desenvolvimento desta competência, aquando realização do estudo de caso, de uma utente com os diagnósticos de enfermagem: ansiedade e depressão, foi utilizada a reestruturação cognitiva, utilizada durante a fase de trabalho da relação de ajuda, seguindo os pressupostos da intervenção psicoterapêutica, com intervenção autónoma do EESMP. Assim e, tomando com referência o modelo das relações interpessoais de Peplau, na fase 1 – Fase de orientação: foi efetuado o diagnóstico de situação, com recurso aos testes Mini-Mental State Examination, Escala de Depressão de Hamilton, Escala de Autoestima de Rosenberg, Escala de Ansiedade de Zung e observação com escuta ativa. Na fase 2 – Fase de trabalho, intervenção de natureza psicoterapêutica de cariz individual (6 sessões. Cada uma com duração entre 45 e 60 minutos), tendo por base as necessidades identificadas, com recurso à escuta ativa, a reestruturação cognitiva e uma sessão de relaxamento. Assim, destacam-se as sessões 1: Exploração de Emoções; sessão 2 e 3: A Família e as Redes de Apoio; sessão 4: Relaxamento por Respiração Diafragmática (Instrução e Treino); sessão 5: A Mudança e um Futuro à Vista. A fase 3 – Fase de conclusão, foi avaliado o impacto do programa de intervenção na utente, com avaliação qualitativa e quantitativa, através da reaplicação dos

instrumentos aplicados na fase 1 e escuta ativa. Utente evidenciou capacidade de resolução dos seus problemas de forma autónoma e reconheceu a importância do programa implementado. Tornou-se evidente que quando os programas são bem estruturados e personalizados, com foco nas necessidades individuais, os ganhos em saúde mental são bem visíveis. Constatou-se, por outro lado, que a documentação dos registos em formato digital, torna-se um procedimento moroso, o que leva na maior parte das vezes a equipa de enfermagem descurar esta parte, contribuindo para a não visibilidade da importância que um EEESMP tem na prestação de cuidados especializados.

Em contexto de estágio de respostas diferenciadas, para o desenvolvimento desta competência recorreu-se à técnica de reminiscência, utilizada no programa de estimulação cognitiva, com intuito de prevenir o declínio cognitivo; uma sessão psicoeducativa em que as utentes eram incentivadas a relacionar o tema da sessão - Envelhecimento e Memória, com partilhas das suas experiências do dia-a-dia com as outras utentes, disponibilizando às utentes um folheto informativo (Apêndice III). Para o desenvolvimento do referido programa, quer na intervenção em grupo, quer na intervenção individual, foi tido em conta o estudo de Sousa (2012) e os princípios básicos para proceder à estimulação cognitiva de Sampaio & Sequeira (2020). As sessões eram precedidas com a minha apresentação e, como forma de quebra gelo e orientação para a realidade eram utilizadas músicas alusivas às quadras festivas, verificando satisfação, descontração por parte das utentes. Foi constatado que, a utilização da música como cuidado de enfermagem propicia o desenvolvimento de habilidades e novas formas de relacionamento com o outro, contribuindo para o aperfeiçoamento do processo comunicacional e rompendo com os comportamentos que favorecem o embotamento afetivo e o isolamento social, como defende Marques et. al. (2018). Tornou-se evidente que em fenómenos diretamente relacionados com o envelhecimento, o EEESMP pode atuar com intervenções psicoterapêuticas de natureza grupal, melhorando cada pessoa como um todo, na medida em que estes tipos de intervenções estimulam a partilha de vivências, levando à identificação das diferentes experiências de vida, gerando uma coesão de grupo, como estipulado por Morgado et. al. (2023).

PARTE II - PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS EM ENFERMAGEM

NOME DO PROJETO: Antecipar, Superar e Saber Viver a perda!

NOTA INTRODUTÓRIA

Na prossecução da prática baseada em evidência torna-se necessário que a formação profissional dos enfermeiros – básica, especializada e contínua, privilegie o domínio da qualidade, incorpore nas suas práticas os resultados de estudos e investigações, no sentido do desenvolvimento das competências, aperfeiçoamento das práticas clínicas, intervenção sustentada nas políticas de saúde e na melhoria dos resultados em saúde (OE, 2015).

A qualidade em saúde suportada em evidência, considerando a individualidade da pessoa é um desiderato pautado nos princípios do Sistema Nacional de Saúde (SNS) (Despacho n.º 9390/2021) e simultaneamente um direito das pessoas assistidas. No entanto, há uma grande escassez de investigação sobre a escala e a natureza dos danos nos cuidados de saúde primários, nos serviços de saúde mental e entre os grupos vulneráveis de doentes (como os idosos e as pessoas com deficiência ou incapacidade), havendo uma necessidade urgente de identificar, desenvolver e testar soluções e estratégias de redução de riscos eficazes e acessíveis a nível local, bem como de avaliar o impacto das intervenções (World Health Organization, 2021). De facto, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026, sustenta que as pessoas têm direito a aceder a cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde (Despacho n.º 9390/2021).

Desta forma, no contexto dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE), os Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PMQCE), partem da identificação de um problema no contexto laboral, interpretado como uma oportunidade de melhoria (OE, 2013). A experiência da prestação de cuidados de saúde em contexto domiciliário evidenciou uma realidade de perda e luto vivenciada pelos cuidadores familiares de pessoas com doenças graves, progressivas e geradoras de intenso sofrimento, com

necessidades de acompanhamento no âmbito da prática especializada em ESMP. O projeto Antecipar, Superar e Saber Viver a perda! teve início no âmbito da UC de Investigação em Enfermagem, foi estruturado de acordo com as orientações dos PMCQCE e respeita todos os aspetos éticos, de acordo com a Declaração de Helsínquia.

O projeto agora apresentado define-se e delinea-se como um exercício autónomo de enfermagem, reforçando a importância da identificação de referenciais teóricos que norteiam o agir do enfermeiro, na procura de atingir os mais elevados padrões de qualidade no cuidar especializado da ESMP. Recorre, portanto, ao Modelo das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau e ao Modelo de Transições de Afaf Meleis como orientadores das intervenções implementadas pelo EEESMP com a pessoa em processo de luto. Tem como esquema de base o Ciclo de Deming ou PDCA (Plan; Do; Check; Act/Adjust), sendo um método de quatro passos que permite planejar a ação, tendo em conta a identificação e análise de um problema; desenvolver e implementar soluções com o propósito de resolver o problema identificado; verificar se o objetivo foi atingido e depois avaliar os resultados e agir sobre o que foi instituído. Para melhor responder às necessidades específicas de projetos de enfermagem, Salvada (citado por OE, 2013) propôs a adaptação deste ciclo para oito passos: 1 - Identificar e descrever o problema; 2 - Perceber o problema e dimensioná-lo; 3 – Formular objetivos iniciais; 4 – Perceber as causas; 5 – Planear e executar as tarefas/atividades; 6 – Verificar os resultados; 7 – Propor medidas corretivas, *standardizar* e treinar a equipa e 8 - Reconhecer e partilhar o sucesso.

1. IDENTIFICAÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA

Atualmente vivemos numa era ímpar na medicina: muito se pode fazer para prolongar a vida humana. Ainda assim, com toda a tecnologia, um dia morreremos (Arantes, 2019). Na idade média, a morte era vista como uma situação natural, ainda que causasse dor e sofrimento, era aceite, as pessoas compreendiam, pelo que se falecia em casa, com os rituais de despedida.

A visão contemporânea envolve a neutralização do luto, assim como a tendência para atribuir uma natureza patológica a todos os comportamentos ou rituais a que as pessoas recorrem para gerir a dor da perda. Esta atitude enfoca a necessidade de banir estes comportamentos considerados como não adaptativos, negando o direito do outro a estar em luto (Lopes, 2017; citado por Gabriel et al., 2021).

A prestação de Cuidados de Enfermagem ao Domicílio durante seis anos, num Centro de Saúde, de uma Unidade de Saúde da RAA, onde a equipa tem como propósito a prestação de cuidados de saúde no domicílio a utentes com dificuldade de acesso à unidade de saúde, quer por mobilidade reduzida; quer por dependência total, permitiu, por um lado, uma aproximação aos fatores determinantes do processo de saúde-doença no âmbito familiar, bem como a identificação das formas de relacionamento, trabalho e vida dos membros que a compõem, como estes se relacionam e contribuem para o processo de cuidado e recuperação de um dos seus elementos. Por outro lado, a prática neste serviço, possibilitou, observar que a generalidade das famílias que têm os seus familiares em fase terminal, também eles devem ser alvos de atenção, pela necessidade expressa de serem escutados, pelos sentimentos de tristeza, sobrecarga emocional e física, medo de perder o seu ente querido, angústia, sentimentos de culpa, baixa autoestima. Por vezes, no momento de alta do utente estas famílias apresentam necessidade de agendamento de nova visita domiciliária, para expressarem das suas dificuldades e medos perante o desfecho da situação dos seus familiares e negociar estratégias para lidar com a perda antecipada e/ou real. No entanto, após a morte do utente nem sempre existe acompanhamento do familiar enlutado pela referida equipa, havendo um corte na relação entre o profissional de saúde e a família do utente falecido.

À data da realização deste projeto, a admissão e cuidados aos utentes na equipa domiciliária são procedimentos centrados nos problemas a solucionar, por vezes executados a uma velocidade estonteante para garantir o cumprimento de agendas, de modo a garantir cuidados domiciliários a todos os utentes, descurando o cuidado holístico. Cabe ao enfermeiro fazer o levantamento das necessidades, não só dos utentes, mas também dos seus cuidadores/familiares e, embora seja muitas vezes reconhecida a situação de luto antecipatório, é rara e difícil a implementação de intervenções direcionadas a esse foco. É de salientar que na comunidade, os enfermeiros desempenham um importante papel de apoio no processo de luto, seja para utentes com diagnóstico de doença progressiva ou terminal, seja para as famílias com perda real dos seus entes queridos, de modo a prevenir uma perturbação de luto prolongado.

De seguida serão apresentados os referenciais teóricos que orientam e suportam o raciocínio do presente projeto.

O luto é, de acordo com o International Council of Nurses (2017), uma emoção, que se caracteriza por sentimentos de perda relacionados a perda ou morte de uma pessoa significativa. É, ainda, caracterizada por: choque e descrença - fase de choque; exaustão, cansaço, extremo e letargia, angústia mental e pranto, chorar ou soluçar, alarme, descrença, raiva e negação - fase de reação; ajustamento, aceitação, reorganização, expressão de sentimento de perda, aceitação da realidade da perda e expressão de expectativas positivas sobre o futuro - fase de aceitação (Sequeira & Sampaio, 2020).

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o luto é definido como Emoção: sentimentos de pena associados a perda ou morte significativa, antecipatória ou real; choque e descrença -fase de choque; exaustão, cansaço extremo e letargia, angústia mental, reações de perda e pranto, chorar ou soluçar, alarme, descrença, raiva, negação - fase de reação; ajuste, aceitação, reorientação, expressão de sentimentos de perda, aceitação da realidade da perda, ausência de stress somático, expressão de expectativas positivas sobre o futuro -fase de aceitação (ICNP Browser, 2019).

No entanto, o luto pode ocorrer de modo disfuncional, podendo ser classificado como “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” (Herdman & Kamitsuru, 2015, p. 347, citado por Sequeira & Sampaio, 2020).

A expressão “luto antecipatório” surgiu do psiquiatra alemão Erich Lindemann em 1944 durante a Segunda Guerra Mundial, ao observar que as esposas dos soldados que eram chamados para servir na guerra tinham reações e características semelhantes ao luto pela separação de seus maridos e da possibilidade da morte dos mesmos em guerra. À época, foi considerado uma resposta adaptativa para estas mulheres, que vivenciavam então períodos de desorganização, reorganização, depressão e raiva, antecipando assim o desligamento e afastamento afetivo dos seus cônjuges. Este fenómeno ocorria como um método de proteção, partindo do pressuposto de que a morte real dos seus maridos teria efeitos ainda maiores (Fonseca, 2002, citado por Eninger et al., 2021). Um estudo qualitativo realizado, na Croácia mostrou que o luto antecipatório apresenta desafios emocionais, cognitivos e espirituais para os cuidadores em cuidados paliativos e preparar estes cuidadores, adequadamente, a nível

emocional para a morte iminente do seu familiar, são oportunidades viáveis de alta qualidade, para garantir um luto ajustado. (Bilić et al., 2022; Wen et al., 2021).

Importa referir que, o luto antecipatório configura um período que permite a resolução de conflitos e de questões pendentes e, sendo assim, a comunicação entre os membros da família destaca-se como um fator que possibilita o ajuste a aspetos importantes do adoecimento e processo de morrer (Fonseca, 2004; Franco, 2014, citado por Reis et al., 2023).

Recorde-se que o luto tem claramente uma função adaptativa, e a sua negação poderá conduzir a um processo de luto prolongado (Almeida, 2013). Por tudo isto, Sanders e Corley (2003), alertam para a necessidade de identificação e avaliação dos sentimentos de luto, mesmo aquando da sua negação por parte dos cuidadores.

Ao contrário da forma adaptada, o luto também pode ser vivido patologicamente. Neste caso, há possibilidade de existir dois diagnósticos: uma Perturbação de Luto Prolongado (PLP) ou uma Perturbação de Luto Complexo Persistente (PLCP). O que distingue estas duas perturbações do luto é o tempo. Para que seja diagnosticado a PLP é necessário que, após seis meses, o enlutado ainda sinta dificuldade em aceitar a perda encontrando um novo significado para a vida sem a pessoa perdida, ao invés da PLCP em que a janela temporal é de doze meses (Allumbaugh & Hoyt, 1999, citado por Vilar, 2019).

Aquando do lançamento da versão portuguesa da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem 2.0 (CIPE® 2.0), a OE publicou um catálogo com Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE): “Cuidados Paliativos para uma Morte Digna”, que inclui os diagnósticos de luto, luto antecipatório e luto complicado.

Baseado na Classificação Internacional de Doenças (ICD-11), a Direção Geral da Saúde (DGS) define o luto complicado como Perturbação de Luto Prolongado (PLP). De acordo com a ICD-11, o diagnóstico de PLP, pressupõe os seguintes critérios clínicos: a) Existência de pelo menos um dos seguintes sintomas: ansiedade e desejo persistente pelo ente significativo; preocupação persistente e profunda com o ente significativo; b) Existência de dor emocional intensa: acompanhado por intensa dor emocional (por exemplo, tristeza, culpa, raiva, negação, culpa); dificuldade em aceitar a morte; sentimento de que alguém perdeu uma parte de si mesmo; incapacidade de experimentar sensações positivas; instabilidade emocional;

dificuldade em realizar atividades sociais ou outras atividades; c) Tempo e perturbações: mais de seis meses no mínimo após a perda: excedendo as referências sociais, culturais ou religiosas esperadas para a cultura e o contexto do indivíduo; reações de luto persistentes por longos períodos de tempo que estão dentro de um período normativo, dado o contexto cultural, religioso da pessoa em luto, não necessitam de diagnóstico; esta perturbação causa problemas significativos a nível pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou em outras áreas importantes do desenvolvimento (DGS, 2019).

A evidência aponta que níveis elevados de luto antecipatório e baixos níveis de preparação para a perda durante a prestação de cuidados foram associados a um fraco ajustamento à perda do ente querido, ao luto complicado e à presença de sintomas depressivos (Nielsen et al., 2016; Trembl et al., 2021). Percebe-se, pois, a importância do acompanhamento do luto antecipatório nas famílias e da preparação para a perda numa abordagem centrada na pessoa e na relação de ajuda, com enfoque no coping e ajustamento à perda (Trembl et al., 2021). As intervenções centradas não só na sensibilização dos cuidadores para um prognóstico exato, mas sobretudo na sua preparação emocional para a morte iminente do seu familiar, constituem oportunidades de ação para a prestação de cuidados de fim de vida de elevada qualidade e são urgentemente necessárias para facilitar a adaptação dos cuidadores ao luto (Wen et al., 2022).

Neste sentido, Peplau e a Teoria das Relações Interpessoais alicerça e fundamenta a intervenção do EEESMP, no perfil de competências do definidas pela OE, Regulamento nº 515/2018. Neste modelo, através da compreensão do comportamento das pessoas, o enfermeiro ajuda-as a identificar as dificuldades sentidas e aplicar o princípio das relações humanas aos problemas que surgem na vivência do processo de luto antecipatório e na preparação para a morte (Tomey e Allgood, 2004). Esta teoria, assume grande pertinência na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), dado considerar o ser humano de forma holística e o enfermeiro necessitar de um conhecimento especializado para intervir junto da pessoa. O papel fundamental do enfermeiro é estabelecer uma relação terapêutica com base na comunicação, com o objetivo de cuidar da pessoa, fazendo com que esta perceba as suas dificuldades ou problemas e identifique as suas próprias estratégias para enfrentar os problemas e encontrar a estabilidade física e mental (Moraes, Lopes & Braga, 2006). O

processo de ajuda é estruturado em quatro fases do relacionamento interpessoal, nomeadamente a orientação, identificação, exploração e resolução (Gonzalo, 2019).

Por outro lado, reconhece-se na teoria de Afaf Meleis, o processo de luto entendido como uma transição na medida em que opera uma mudança significativa na pessoa, que pode gerar um novo comportamento ou uma outra definição de si mesma no contexto social. Considera-se que assistir as pessoas em processos de transição constitui o papel mais relevante do exercício de Enfermagem, por facilitar estes processos, e assim ajudar as pessoas a alcançarem o seu bem-estar, num novo equilíbrio (Queirós et al., 2014; citado por Brito, 2018).

O luto é foco de atenção da CIPE passível de originar diagnósticos de enfermagem em que se possa aplicar a relação de ajuda, como intervenção psicoterapêutica (Coelho, Sampaio & Sequeira, Relação de Ajuda, 2020).

No âmbito psicoterapêutico salienta-se a intervenção classificada na Nursing Intervention Classification (NIC) “Apoiar o Processo de Luto” (Sampaio, 2017). O apoio no luto pode ser usado para prevenir complicações, melhorando o funcionamento familiar, através da comunicação (pensamentos e sentimentos), apaziguando a angústia e a depressão (Patinadan et al, 2020 citado por Khanipour-Kenchka et al., 2022, Treml et al., 2021, Weng et al., 2022). Na relação de ajuda entre si e o familiar enlutado, o enfermeiro utiliza estratégias de comunicação como a escuta ativa, reafirmações verbais, o toque com intuito terapêutico, o olhar, o sorriso, a presença, transmitindo a mensagem de solicitude compassiva (Sousa et al., 2022). A intervenção psicoterapêutica é executada de forma informada e intencional, tendo como objetivo assistir o utente na modificação positiva dos seus comportamentos, cognições, emoções e/ou características pessoais (Norcross, cit. por Zeig & Munion, 1990, citado por Sampaio, & Sequeira, 2020). Assim, perante processos de sofrimento, nomeadamente processos de luto, o enfermeiro através da relação de ajuda, tem a possibilidade de identificar, potenciar e reforçar estratégias de *coping* para o utente saber lidar com o seu problema, com os recursos que ele próprio detém. Sendo assim, o *coping* é definido como um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais desenvolvidas pelas pessoas para lidar com as exigências internas e externas da relação entre o indivíduo e o ambiente. Essas estratégias estão relacionadas com a saúde mental, uma vez que podem moderar o impacto das

adversidades ao longo da vida, além de aumentar os níveis de bem-estar psicológico e reduzir o sofrimento (Dias et al., 2019).

Tendo em conta os Enunciados Descritivos da Qualidade de Cuidados de Enfermagem e, de acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (OE, 2015), o EESM, em busca da excelência no seu exercício profissional, auxilia os utentes a atingirem o máximo potencial de saúde. Por outro lado, a promoção da excelência na prática de enfermagem definida e regulamentada nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem do conselho de enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE), em 2001, definem princípios orientadores em seis domínios relevantes para a qualidade assistencial, entre eles: a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e o autocuidado; a readaptação funcional e a organização dos cuidados.

Este projeto fundamenta-se, assim, na promoção do potencial de saúde mental do utente através da otimização das respostas humanas nos processos de transição: desenvolvimentais, situacionais; na identificação e fortalecimento dos fatores de proteção/resiliência e de vulnerabilidade/risco para a saúde mental do utente, na prevenção de complicações, como o luto prolongado, assim como estratégias de *coping* na adaptabilidade e na promoção da Saúde Mental. Deste modo, o EESMP ao implementar a Relação de Ajuda no processo de luto, como intervenção psicoterapêutica, está a promover o potencial de saúde mental do familiar enlutado, prevenindo a perturbação de luto prolongado, otimizando as respostas adaptativas nos processos de transição.

2. METODOLOGIA

Tendo em conta a Metodologia “Estudo de Caso”, esta trata-se de uma investigação flexível, cujo objeto de estudo é um caso particular, frequentemente aplicada em contextos reais quando o fenómeno de interesse é complexo e altamente contextualizado, envolvendo múltiplas variáveis não controláveis (Yin, 2003, citado por Querido, 2015). Através do estudo de caso o investigador pode explorar indivíduos, grupos e organizações analisando o fenómeno com recurso a múltiplas estratégias de recolha e tratamento de dados, reconhecendo a importância da subjetividade humana na criação de sentido, mas não

rejeitando a noção de objetividade na abordagem e compreensão do fenómeno em estudo (Baxter & Jack, 2008; Yin, 2003, citado por Querido, 2015).

2.1 IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

A dificuldade do ser humano em lidar com o sofrimento do outro é, em parte, fruto da dificuldade em lidar com a morte, pois o Homem é incapaz de suportar a ideia de morrer (Lopes, 2017; citado por Gabriel et al., 2021).

De acordo com os Censos 2021, registaram-se 124 802 óbitos de pessoas residentes em Portugal (50,2% óbitos de homens e 49,8% óbitos de mulheres), o que correspondeu a um aumento de 1,1% (1 406 óbitos) relativamente a 2020. Pode-se constatar que dos 124 802 óbitos ocorridos em Portugal, 1 202 óbitos ocorreram na RAA, sendo que 99 óbitos dos 1 202, ocorreram no concelho onde é desenvolvido o presente projeto¹.

A experiência de luto é, deste modo, percebida como um processo dinâmico, flutuante e regulatório entre o confronto e o evitar da morte, sendo esta oscilação considerada necessária para que o processo seja realizado de forma adaptativa. O compromisso no cuidado informal aos familiares, sem expressão adequada das suas emoções, poderá levar a resultados adversos, assim como, uma saúde prejudicada dos cuidadores que inclui a exposição ao stress associado à carga do cuidador (Bilić et al., 2022).

A maioria dos indivíduos que perde um ente querido normalmente adapta-se a essa nova realidade num período de seis a doze meses e, posteriormente, desenvolve um novo senso de normalidade nas suas vidas (Gesi et al., 2020).

Porém, a visão contemporânea envolve a neutralização do luto, assim como a tendência para atribuir uma natureza patológica a todos os comportamentos ou rituais a que as pessoas recorrem para gerir a dor da perda.

É importante salientar, que o enlutado por vezes consegue continuar a sua vida sem precisar de ajuda de profissionais. Por outro lado, existem pessoas que desenvolvem problemas graves e por isso torna-se fulcral a identificação precoce dos mesmos em conjunto com uma

¹ PORDATA - Estatísticas, gráficos e indicadores de Municípios, Portugal e Europa. Disponível em: <https://www.pordata.pt/municipios/taxa+bruta+de+mortalidade-367>

intervenção terapêutica e um acompanhamento adequado (Wilson & Marshall, 2010, citado por Oliveira, 2021). Deste modo, o luto pode ocorrer de modo disfuncional, podendo ser classificado como “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” (Herdman & Kamitsuru, 2015, p. 347, citado por Sequeira & Sampaio, 2020).

Para além disso, a Organização Mundial de Saúde passou a incorporar a perturbação do luto prolongado na classificação Internacional de Doenças. Reconheceu-se que famílias em luto são grupos de risco, em cerca de 10-30% dos casos, no desenvolvimento de complicações físicas e mentais, com consequente perda de qualidade de vida para as próprias e para a sociedade (Despacho nº3254/2018).

De acordo com a meta-análise, realizada por Lundorff et al. (2017), a prevalência desta perturbação é de 9,8%, o que significa que quase um terço das pessoas em luto apresenta manifestações de luto prolongado. Quando as circunstâncias de morte são por morte súbita ou violenta, os resultados podem ascender a valores entre 14 a 76% (DGS, 2019).

Assim, importa conhecer os fatores de risco para desenvolver uma Perturbação de Luto Prolongado, de modo a planear a resposta e intervenção de forma específica e personalizada, para cada indivíduo.²

Com o objetivo de reduzir a sintomatologia relacionada com complicações de luto, a intervenção no luto é um conceito que inclui várias ações, desde a partilha de informação em relação ao processo de luto, passando pelo encaminhamento com o foco na normalização, pela validação da vivência da perda e pelo desenvolvimento de resiliência, até à intervenção psicoterapêutica (Brito, 2021). A perda, seja real ou simbólica, pode ser considerado um momento de crise, dando origem a transições complexas e dinâmicas na pessoa, tais transições inesperadas, precipitam mudanças, que facilmente podem afetar negativamente a saúde e o bem-estar da pessoa (Meleis, 2010).

² Norma da DGS nº 003/2019 de 23/04/2019. Anexo III- Checklist de fatores de risco perturbação no luto prolongado. Disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/modelo-de-intervencao-diferenciada-no-luto-prolongado-em-adultos_2019.pdf

Torna-se, pois, pertinente a existência de programas formalmente definidos, de forma , por um lado, otimizar a capacidade de intervenção nas situações de luto antecipatório, complexo e persistente e, por outro lado, contribuir para que a família com tais necessidades tenha acesso a cuidados especializados na prevenção e tratamento do luto prolongado, mediante a sua identificação precoce, a intervenção no período agudo e o apoio especializado em casos de situações complexas (Despacho nº3254/2018 do Ministério da Saúde. Diário da República nº 63/2018).

Para caracterizar o problema foram realizadas entrevistas informais de colegas e chefia, o assunto supracitado foi identificado como de extrema pertinência no âmbito da saúde mental, no apoio a famílias em processo de luto, dada a falta de resposta de intervenções de enfermagem especializada.

À data do projeto a equipa do serviço em específico acompanhou pelo menos trinta utentes, dos quais cinco dos utentes em fase terminal de vida, por doença prolongada, não havendo uma intervenção estruturada no apoio ao luto a estes familiares, quer antes da perda, quer depois do falecimento dos seus entes querido. Por outro lado, existe uma falha no sistema de documentação (MedicineOne), não existindo escalas que possam avaliar o estado mental (MHI5) ou o luto antecipatório (MM-CGI-SF). É feito, apenas o registo clínico da intervenção no SOAP (Subjetivo; Objetivo; Avaliação; Plano), onde apenas consta como intervenção de enfermagem o luto. Não existe, portanto, programa de apoio no luto nem protocolo formal. São assumidas atividades isoladas de apoio no luto, esporadicamente após o falecimento dos familiares, descurando que o luto se faz antes da perda real.

O presente projeto conta com o parecer favorável da Comissão de Ética do Politécnico de Leiria (PARECER N.º CE/IPLEIRIA/41/2023) onde será implementado o projeto, com o objetivo de “Estruturar o atendimento das famílias em processo de luto (antecipatório e efetivo) através da intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, reduzindo o risco de luto prolongado, facilitando a realidade da perda, através do reforço de estratégias de *coping*.”

3. OBJETIVOS DO PROJETO

O projeto tem como objetivo geral:

Estruturar o atendimento das famílias em processo de luto (antecipatório e efetivo) através da intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, reduzindo o risco de luto prolongado, facilitando a realidade da perda, através do reforço de estratégias de *coping*.

Os objetivos específicos foram definidos de acordo com as fases de implementação da intervenção estruturada. Assim, são objetivos específicos:

Fase 1:

- Caracterizar os familiares em processo de luto quanto às características sociodemográficas e familiares;
- Caracterizar o processo de luto antecipatório das famílias;
- Avaliar o risco de luto prolongado dos familiares em processo de luto efetivo;
- Caracterizar as percepções das famílias enlutadas relativamente aos fatores facilitadores e dificultadores associados ao processo de luto;

Fase 2:

- Desenvolver um programa de intervenção psicoterapêutica em enfermagem dirigida aos familiares em processo de luto, considerando os scores dos instrumentos aplicados da fase 1;
- Implementar o programa desenhado;
- Avaliar os indicadores (de processo e de resultado) associados à implementação do programa;
- Avaliar a satisfação dos cuidadores enlutados com o programa de intervenção;

Fase 3:

- Registrar as intervenções realizadas no processo clínico do enlutado em suporte informático no sistema SOAP do programa MedicineOne;
- Avaliar os dados obtidos com a implementação do projeto;
- Propor melhorias ao programa, tendo em conta os resultados da fase 2.

4. ANÁLISE DO PROBLEMA/PERCEÇÃO DAS CAUSAS

Como ferramenta de qualidade, o projeto de melhoria tem implementado o diagrama de Ishikawa. O Diagrama de causa e efeito (escama de peixe ou diagrama de Ishikawa) é utilizado para demonstrar as relações existentes entre a causa e o efeito. Deste modo, verificam-se os elementos que afetam o resultado desejado, procurando soluções para os evitar.

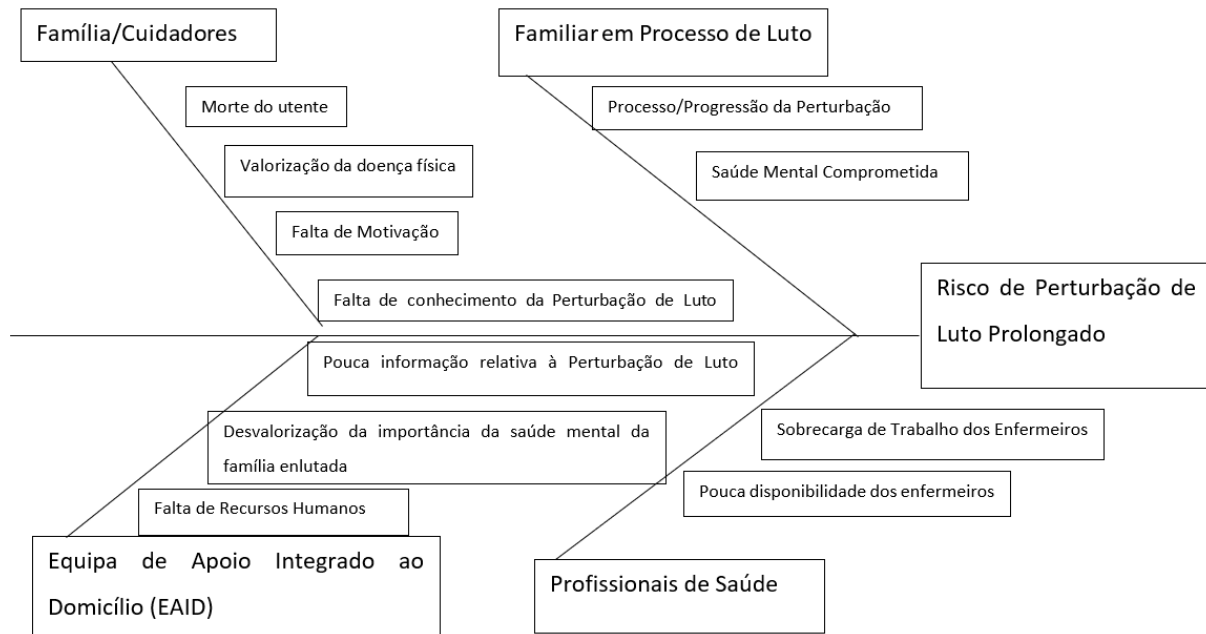


Figura 1 - Diagrama de Ishikawa

Após brainstorming, junto da equipa de enfermagem e chefias, conclui-se que apesar de já ser prática na USISM o apoio ao Cuidador Informal/Família é de extrema pertinência planear ações que permitem a melhoria/prevenção da perturbação identificada, uma vez que apesar de praticada, este é um procedimento que não está documentada, nem estruturada. Surge da boa vontade das colegas, não havendo à data da realização deste projeto um EESMP para intervir na prevenção. No último ano, a equipa de enfermagem do serviço em específico acompanhou pelo menos trinta utentes, dos quais alguns dos familiares destes utentes beneficiariam de acompanhamento de um EEESMP em processo de luto antecipatório, uma vez que vieram a desenvolver uma perturbação de luto prolongado. Na tentativa de colmatar esta necessidade, torna-se importante a implementação deste projeto a todos os familiares que necessitam de cuidados em saúde mental que estejam a passar por um processo de luto.

Identificação da dimensão em estudo

Numa primeira fase, foi realizada uma revisão bibliográfica relativa ao estado da arte, que permitiu conhecer, apesar de poucos, projetos semelhantes que serviram de inspiração para o atual. Nesta fase já havia uma atenção e preocupação na prática diária ao apoio a familiares em processo de luto. Porém, são poucos os registos no MedicineOne que documentam o apoio a familiares em processo de luto. Verificam-se apenas alguns registos, aos utentes seguidos pela Equipa Comunitária de Cuidados Paliativos da Unidade de Saúde de Ilha.

Para este projeto, após entrevista informal junto de colegas e chefia, foi identificado o luto dos familiares de utentes acompanhados em domicílio, como um tema pertinente no âmbito da saúde mental, ultimamente descurado.

Unidade em Estudo

Equipa domiciliária

Critérios de inclusão e exclusão dos familiares cuidadores

Assim, a população que integra o projeto é composta por cuidadores, com idade \geq a 18 anos, em processo de luto (antecipatório e efetivo), de utentes inscritos na área de influência da atuação da equipa onde se desenvolve a investigação, cujo familiar em fim de vida/falecido é/era acompanhado pela equipa. A amostra, intencional e por conveniência, é selecionada da população de famílias a cuidar do seu familiar com doença grave, progressiva e em fase terminal, ou famílias enlutadas que cumprem os seguintes critérios de inclusão: familiares adultos (\geq 18 anos), em processo de luto (antecipatório ou efetivo), cuidadores de utentes inscritos na área de influência da atuação da equipa onde se desenvolve o projeto, que tenham registo telefónico e endereço postal no processo clínico, com capacidade cognitiva para responder às questões da entrevista, com capacidade para comunicarem verbalmente e por escrito a língua portuguesa e que aceitem participar no projeto. São critérios de exclusão de admissão ao programa os familiares cuidadores que apresentarem estados confusionais, défice cognitivo, agitação psicomotora e sintomatologia heteróloga grave (Sampaio et al., 2023).

Princípios formais e éticos

A avaliação, com recurso aos instrumentos supracitados e a entrevista, foi efetuada presencialmente e no domicílio da família. À participante que concordou participar no estudo foi-lhe disponibilizado o enunciado do projeto, com o fim a que se destina e os seus procedimentos, sendo o respetivo preenchimento condicionado à confirmação de consentimento informado (Anexo IV). O consentimento informado foi assinado, sendo a participação em todo o estudo anónima, sem qualquer possibilidade de identificação da participante. À participante do estudo que consentiu de forma livre e esclarecida a sua participação, foi informada que os dados fornecidos seriam tratados de forma confidencial e anónima, que o acesso aos mesmos apenas estaria disponível aos investigadores envolvidos e que tinha o direito de recusar a qualquer momento a participação no estudo, sem que isso lhe causasse qualquer prejuízo pessoal.

A realização da entrevista foi precedida de um contacto telefónico para a participante, sendo agendado o local e o momento mais adequados para a mesma. Procurou-se reunir as condições físicas mais adequadas à realização da entrevista (ambiente calmo e sem distrações), respeitando os desejos e necessidades da pessoa. Todas as entrevistas e sessões do projeto, são realizadas, privilegiadamente, no domicílio da pessoa enlutada, a menos que esta adote outra decisão.

De modo a manter a confidencialidade e o anonimato da participante, após a aplicação e transcrição da entrevista, a informação foi codificada e arquivada num computador com password onde, apenas, o investigador tem acesso.

Tipos de Dados

No sentido de avaliar os cuidados de saúde prestados, descrevem-se os indicadores de qualidade deste projeto, considerando a tríade de indicadores de qualidade composta por “estrutura-processo-resultado” (Donabedian, citado por Pereira, 2021).

Assim, os indicadores de estrutura correspondem às características das condições sob as quais a prestação de cuidados acontece, e que dizem respeito aos recursos materiais (como o espaço físico onde são prestados os cuidados), os recursos humanos (como o número de profissionais envolvidos, a sua formação, conhecimento e perícia) ou até a estrutura organizacional do

projeto (como métodos de revisão pelos pares); os indicadores de processo prendem-se com o plano de cuidados, realização de cuidados e o envolvimento dos intervenientes; e os indicadores de resultado avaliam os ganhos obtidos em saúde e satisfação dos utentes após a intervenção (Donabedian, citado por Pereira, 2021).

Assim sendo, definem-se como indicadores deste projeto:

Indicadores de estrutura

- A existência de quarto/sala com 2 cadeiras no domicílio a quem se intervém para a 1ª consulta e posteriores sessões;
- A quantidade de dias (úteis) que o enfermeiro consegue disponibilizar para a 1ª consulta e posteriores sessões;
- O número de enfermeiros ESMP que participam no projeto.

Indicadores de processo

- A percentagem de familiares que aceita participar no projeto;
- Número de visitas domiciliárias efetuadas pelo EEESMP;
- Número de primeiras consultas de ESMP;
- Número de sessões subsequentes à 1ª consulta de ESMP;

Indicadores de resultado

- Diminuição do status “Sobrecarga e Sacrifício Pessoal”;
- Diminuição do status “Profunda Tristeza e Saudade”;
- Diminuição do status “Isolamento”
- Diminuição do status “Preocupação”
- . Diminuição do status “Risco de luto prolongado”, (PG13)
- Percentagem de participantes satisfeitos com o programa;

Os indicadores, acima referidos, vão possibilitar avaliar o sucesso do PMCQCE após a sua aplicação.

O tipo de avaliação, será Interna, realizada pela enfermeira responsável pelo projeto e os dados colhidos serão da responsabilidade da enfermeira responsável pela implementação do projeto.

Fonte dos Dados

Para além dos dados sociodemográficos que caracterizam os cuidadores informais, a avaliação inicial e intervenção de Enfermagem foram suportadas por vários instrumentos³ que se constituíram fontes de dados, entre os quais:

- a) Entrevista FIFE⁴ – Entrevista semi-estruturada, cujo objetivo é aceder à experiência da pessoa, explorando as suas narrativas relativamente às vivências do fenómeno, tendo em conta quatro dimensões, com vista a identificação das áreas de intervenção psicossocial (Querido *et al.*, 2019): **F** (*Feelings* – Sentimentos) – relacionados com experiência de cuidador, vivência do processo de cuidar do familiar com doença avançada, incluindo medos ou receios da pessoa; **I** (*Ideas* – Ideias) – e explicações sobre as causas dos sintomas ou experiências relacionados com os cuidados que presta ou com a evolução do processo de doença do seu familiar; **F** (*Functioning* – Funcionamento) – o impacto da doença e do processo de cuidados ao seu familiar na vida do dia-a-dia; **E** (*Expectations* – Expetativas) – sobre o profissional de saúde e sobre a evolução da doença, sobre a morte e o processo de luto
- b) Inventário de Saúde Mental - MHI-5 - adaptação portuguesa de Ribeiro (2001). Trata-se de um instrumento constituído por cinco itens (versão portuguesa reduzida do MHI que inclui os itens 11, 17, 19, 27 e 34), que representam quatro dimensões da saúde mental: Ansiedade, Depressão, Perda de Controlo Emocional-Comportamental e Bem-estar Psicológico. A versão portuguesa apresenta boas características idênticas à versão original, sendo adequada a sua utilização em investigação e em rastreio. As respostas ao MHI-5 são dadas através de uma escala tipo *Likert* com seis opções: Sempre; Quase sempre; A maior parte do tempo; Durante algum tempo; Quase nunca; Nunca. A

³ A utilização destas escalas foi autorizada pelos respetivos autores, como pode ser confirmado em anexo III.

⁴ Apêndice IV.

pontuação das respostas varia de 6 (Sempre) a 0 (Nunca), sendo os itens 11, 19 e 27 cotados de modo invertido. A pontuação total do inventário varia entre um mínimo de 5 pontos e um máximo de 30 pontos. Neste caso, pontuações mais elevadas correspondem a uma melhor saúde mental, ou seja, menos ansiedade, depressão e perda de controlo emocional, e mais afeto positivo e laços emocionais (Ware et al., 1993; Ribeiro, 2001; Ribeiro, 2011, citado por Ribeiro, 2024). O instrumento permite um resultado transformado de 0-100 com pontos de corte para identificação da prevalência de sintomas depressivos numa população da comunidade – 52 pontos para a existência de sintomas graves e 60 pontos para a existência de sintomas moderados. O MHI-5 avalia a saúde mental em dois fatores: Distress psicológico (itens 11,19, e27) e Bem-estar psicológico (itens 17 e 34).

- c) Escala de luto antecipatório de Marwit Meuser *Short Form* (MMCGI-SF) – Versão portuguesa, traduzida e adaptada por Almeida *et al.* 2013, a partir da versão original da Marwit Meuser Caregiver Grief Inventory Short Form (Marwit & Meuser, 2005). A versão portuguesa, traduzida e adaptada por Almeida et al., 2013, mantém a estrutura original composta por 18 itens, distribuídos por 4 subescalas: Sobrecarga e Sacrifício Pessoal (Itens: 1, 2, 16, 17 e 18); Profunda Tristeza e Saudade, (Itens: 4, 6, 8, 9, 11, 12 e 15); Isolamento (Itens: 3, 7 e 14) e Preocupação (Itens: 5, 10, e 13). A pontuação de cada fator obtém-se através do somatório do resultado de cada item e o nível total de Luto/Dor resulta do somatório total dos quatro fatores (Almeida *et al.*, 2013). As respostas ao MMCGI-SF são dadas através de uma escala tipo Likert com cinco opções: Discordo plenamente; Discordo; Concordo em parte; Concordo; Concordo plenamente. A pontuação das respostas varia de 5 (Concordo plenamente) a 1 (Discordo plenamente). A aplicação desta escala permite, assim, para além de obter o valor total de Luto, elaborar um perfil pessoal de luto que nos indica, se os valores apresentados são baixos, médios ou elevados. De acordo com Marwit & Meuser (2005), as pontuações que se localizam na área superior (um desvio padrão acima da média), poderão indicar que os cuidadores necessitam de uma intervenção formal ou assistência de suporte para melhorar as estratégias de *coping*. Baixas cotações (um desvio padrão abaixo da média), sugerem um processo de negação ou minimização da angústia. Estas podem ainda, serem indicadores de uma adaptação positiva, caso o

indivíduo não mostre sinais de luto reprimido ou distúrbios psicológicos. As pontuações médias/centrais designam reações normais (Almeida et al., 2013).

- d) Escala de Avaliação de Risco de luto prolongado (PG13) se família enlutada (perda efetiva). O instrumento de avaliação da Perturbação de Luto Prolongado foi desenvolvido com base nos critérios consensuais para diagnóstico da Perturbação de Luto Prolongado. É composto por 13 itens descritivos de um conjunto de sintomas – sentimentos, pensamentos e ações – reativos à perda de um ente significativo, que devem persistir por um período mínimo de 6 meses e que estão necessariamente associados a um significativo distúrbio funcional (Delalibera, 2010).

5. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO DAS TAREFAS/ATIVIDADES

A Metodologia “Estudo de Caso”, foi adotada para reportar a primeira aplicação do ciclo de *Deming*. O estudo de caso é uma investigação flexível, cujo objeto de estudo é um caso particular, frequentemente aplicada em contextos reais quando o fenómeno de interesse é complexo e altamente contextualizado, envolvendo múltiplas variáveis não controláveis (Yin, 2003, citado por Querido, 2015). Através do estudo de caso o investigador pode explorar indivíduos, grupos e organizações analisando o fenómeno com recurso a múltiplas estratégias de recolha e tratamento de dados, reconhecendo a importância da subjetividade humana na criação de sentido, mas não rejeitando a noção de objetividade na abordagem e compreensão do fenómeno em estudo (Baxter & Jack, 2008; Yin, 2003, citado por Querido, 2015).

A Relação de Ajuda profissional sustentada no referencial de Peplau (Almeida et al., 2005; Peplau, 1990) constituiu o recurso para a aplicação do modelo de intervenção psicoterapêutica em Enfermagem (Sampaio, Sequeira e Lluch-Canut, 2017). Tendo em conta as principais necessidades nas quais a Relação de Ajuda profissional são a ansiedade, a tristeza e o luto, a concretização da Relação de Ajuda foi estruturada num conjunto de fases nas quais foram executadas técnicas comunicacionais, como a escuta ativa, reformulação, clarificação, presença (Coelho et al., 2020). A relação de ajuda profissional foi estruturada resultaram as seguintes fases e sessões da Relação de Ajuda para familiares em processo de luto:

Fase 1 – Fase de orientação - Diagnóstico de Situação: identificação e caracterização dos participantes com recurso aos instrumentos de avaliação do estado mental, avaliação do luto antecipatório ou risco de luto prolongado. Aplicação da entrevista centrada no utente e da

entrevista FIFE: “Fale-me de si e de como está a vivenciar a experiência”; O que preciso saber de si para o ajudar nesta fase da sua vida?

Fase 2 – Fase de Identificação – Devolução ao utente dos resultados e da análise da situação. Construção da confiança e das bases da relação. Ajudar o utente na consecução de uma aprendizagem consecutiva, centrada nos elementos essenciais da sua situação. Exploração de sentimentos e emoções associadas aos problemas identificados. Desenvolver a personalidade do utente através da reativação de experiências anteriores. “Em momentos anteriores da sua vida, como reagiu? como foi capaz de superar?... Quem foi o seu suporte? Que recursos utilizou para fazer face à situação de perda?

Fase 3 - Fase de trabalho. Aplicação de intervenção de natureza psicoterapêutica de cariz individual (6 sessões, cada uma com duração entre 45 e 60 minutos), tendo por base as necessidades identificadas, com recurso à visitação domiciliária. Nesta fase trabalhou-se as estratégias cognitivas, os recursos das famílias e as estratégias de coping. Reavaliaram-se objetivos, trabalharam-se estratégias de antecipação da perda e de integração da perda, reforçando a capacidade dos cuidadores e enaltecendo o seu trabalho de integração da perda.

Fase 4 – Fase de conclusão. Avaliação do impacto do programa de intervenção. Reaplicação dos instrumentos aplicados na fase 1 após e avaliação da intervenção especializada (Sequeira, 2016, citado por Coelho, Sampaio, & Sequeira, 2021). Reforço aos cuidadores da capacidade de agirem por si próprios.

Para a operacionalização destas fases, a intervenção foi estruturada para não exceder as quatro semanas, ter um mínimo de três sessões e um máximo de 12, sendo que cada uma não ultrapassou os 60 minutos (Coelho, Sampaio, & Sequeira, 2021).

A relação de ajuda deve terminar sempre que o utente demonstra capacidade de resolução do problema de forma autónoma ou quando não se verificar progressos no processo terapêutico (Sequeira, 2016, citado por Coelho, Sampaio, & Sequeira, 2021). No presente caso a relação terminou com a

O conjunto de sessões foram desenhadas customizadas às necessidades apresentadas pela cuidadora.

Plano das Sessões (Fase de Trabalho):

Sessão 0 (45minutos) - **Avaliação Inicial:** Contacto com o familiar enlutado; o enfermeiro especialista em Saúde Mental apresenta-se ao familiar para integrar a sessão e demonstra disponibilidade para apoiar ao longo de todo o processo terapêutico. Caracterização dos participantes com recurso aos instrumentos de avaliação do estado mental, avaliação do luto antecipatório ou risco de luto prolongado.

Sessão 1 (45minutos) – **Uma equipa:** Explicar em que consiste a Relação de Ajuda e clarificar os papéis dos intervenientes (enfermeiro/utente); orientar sobre a importância da participação ativa do familiar enlutado no processo de mudança; planejar com o familiar enlutado as sessões psicoterapêuticas; explicar que todas as sessões são baseadas na confidencialidade e respeito; iniciar a Relação de Ajuda com o familiar através de uma escuta ativa.

Sessão 2 (45minutos) - **As emoções:** Devolver os resultados e explorar estratégias de *coping*; permitir ao familiar enlutado exprimir os seus sentimentos e emoções; realizar escuta ativa; oferecer apoio emocional, promovendo a esperança.

Sessão 3 (60minutos) - **Uma Carta:** promover o desenvolvimento de estratégias de *coping* através de uma carta terapêutica do familiar enlutado à pessoa que faleceu ou em fase terminal. No contexto do luto, a escrita expressiva pode ser um meio através do qual o indivíduo expressa os seus sentimentos e organiza as suas emoções, incentivando-o, deste modo, a procurar significado na experiência de perda (Savitri *et al.*, 2019, citado por Carvalheira, 2023). Além disso, a escrita possibilita que o indivíduo se veja como um agente na resolução dos seus problemas, com controlo sobre si mesmo. Desta forma, as intervenções de escrita com orientações específicas podem ser úteis para promover a capacidade de o indivíduo se expressar emocionalmente, em vez de reprimir ou evitar as emoções (Savitri *et al.*, 2019, citado por Carvalheira, 2023).

Sessão 4 (60minutos) - **A Família:** ajudar o familiar enlutado a examinar os recursos disponíveis para facilitar o seu processo de luto. Explorar com o familiar o seu Genograma e Ecomapa. Diante da elaboração do luto, consideram-se as redes sociais como aliadas na articulação de recursos de enfrentamento (Luna & Moré, 2020, citado por Reis, 2023).

Sessão 5 (45 minutos) - **A Mudança**: pedir ao familiar enlutado para fazer uma síntese do percurso percorrido. Aceitar a realidade da perda; elaboração do luto após a perda; adaptar-se ao ambiente sem a pessoa amada, encontrando uma conexão com o falecido e continuar a viver (Yousuf-Abramson, 2020). Fazer uma avaliação da relação de ajuda formal que se conclui.

Sessão 6 (45 minutos) - **Um Futuro**: assegurar a transição do familiar enlutado entre a situação atual e a situação futura; encerramento com carta terapêutica de enaltecimento ao familiar enlutado. As cartas terapêuticas, são centradas no utente (neste caso os familiares enlutados), onde os eventos relevantes são interligados, registando os progressos deste, permitindo olhar para o futuro com esperança e realismo, pretendendo que estas atuem como um veículo para a promoção da mudança, mobilizando pensamentos motivadores, forças individuais e conselhos (Paiva & Rasesa, 2012, citado por Lopes, 2022). Nesta sessão é dada orientação para *follow-up*.

Apresenta-se, abaixo, o fluxograma que delinea o circuito e procedimentos do familiar ao longo da sua participação no PMCQCE:

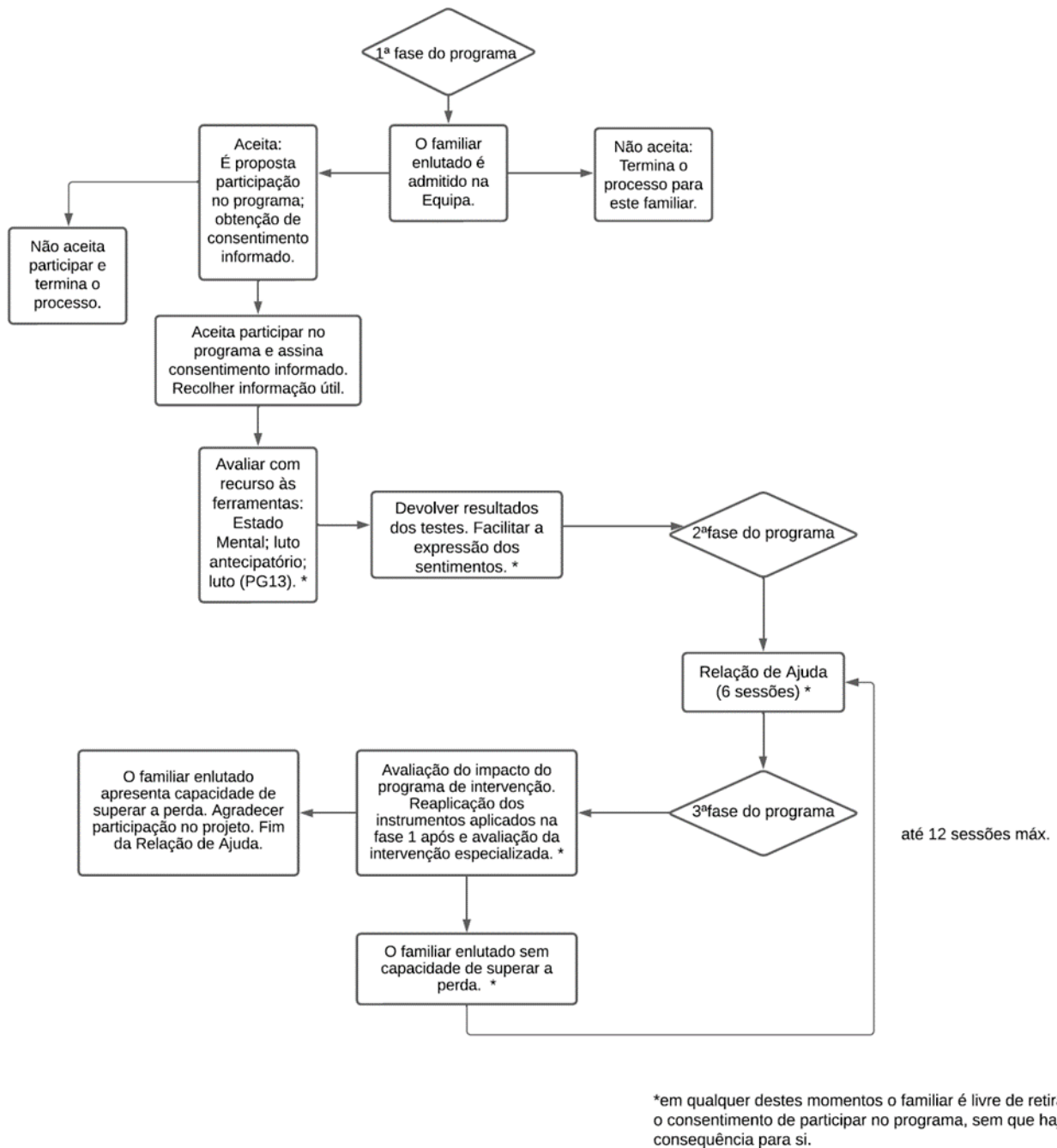


Figura 2: Fluxograma

EXECUÇÃO DAS TAREFAS/ATIVIDADES

Sessão 0 - Avaliação inicial:

- Feita a apresentação da EEESMP à familiar enlutada. Caracterização da participante com recurso aos instrumentos de avaliação do estado mental, avaliação do luto antecipatório e entrevista FIFE; Introdução ao tema do projeto a implementar. Obtido

consentimento informado da mesma para participar no programa. Explicação das regras básicas da relação de ajuda.

Sessão 1 - Uma equipa:

- Foi explicado à participante o conceito de Relação de Ajuda e a sua importância. Planeado com a familiar as sessões psicoterapêuticas, explicando-lhe que todas as sessões são baseadas na confidencialidade e respeito; iniciar a Relação de Ajuda com o familiar através de uma escuta ativa. Aplicação de técnicas de comunicação na identificação dos diagnósticos e devolução dos resultados da sessão 0.

Sessão 2 - As emoções:

- Incentivada a participante à expressão de emoções e partilha de vivências após a devolução dos resultados, obtidos através dos instrumentos utilizados na sessão 0, dando origem a uma discussão orientada sobre as emoções e sentimentos em situações difíceis de lidar.
- Exploradas as estratégias de *coping* da participante perante o tema do projeto, tendo a mesma reconhecido que desconhece ou não sabe o que fazer. No entanto ao partilhar as suas vivências reconheceu algumas estratégias de *coping*, incluindo a partilha e expressão de emoções.
- Planeada sessão sobre escrita expressiva, como estratégia de *coping*.

Sessão 3 - Uma Carta:

- Sessão de apresentação da narrativa e da escrita expressiva e em que consiste. Estimulou-se o desenvolvimento de uma estratégia de *coping*, através de uma carta escrita do familiar enlutado à pessoa em finitude da sua vida. Foi-lhe dado como sugestão de expressão escrita, temas como: o perdão; o legado que a mãe lhe deixaria ou a gratidão. Segundo a participante, esta foi uma atividade bastante gratificante e funcional para a mesma, referindo que “na escrita estou ali concentrada e tenho mais facilidade em expressar os meus sentimentos e refletir sobre eles” (sic).

Sessão 4 - A Família:

- Elaborado com a participante o seu Genograma e Ecomapa, examinando com ela os recursos disponíveis para facilitar o seu processo de luto. Foi possível verificar que a participante possui um bom suporte familiar, no qual consegue identificar os elementos familiares com os quais tem mais afinidade e pode contar em momentos mais difíceis de lidar. Possui, também, um bom meio envolvente, com rede social, representado no ecomapa.

Sessão 5 - A Mudança:

- Pedido à participante para fazer uma síntese do percurso percorrido durante o programa. Reforçada a importância do tema e fazer refletir sobre a possível perda; elaboração do luto após a perda; adaptar-se ao ambiente sem a pessoa amada, com recurso às estratégias de *coping*.

Sessão 6 - Um Futuro:

- Aplicados os instrumentos de avaliação do estado mental, avaliação do luto antecipatório e entrevista FIFE.
- Foi reconhecida a transição do familiar enlutado entre a situação atual e a situação futura;
- Encerramento com carta terapêutica de enaltecimento à familiar enlutada.
- Participante orientada para follow-up.
- Avaliada satisfação das sessões, através de questionário de satisfação.

6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Antes de se proceder à análise e discussão da informação obtida, torna-se fundamental a apresentação da caracterização da participante em estudo, pois a sua individualidade e especificidades influenciam a análise dos resultados. Importa referir, que o estudo de caso apresentado, diz respeito a apenas uma utente, atendendo à complexidade do estudo e o curto espaço de tempo que delimita o presente projeto. De modo a garantir o anonimato, o nome da utente foi substituído pela letra P, sendo que P1 refere-se à participante antes da intervenção e a segunda entrevista por P2.

6.1. Caracterização sociodemográfica e de saúde mental da participante

A cuidadora que participou neste estudo de caso é uma mulher de 74 anos, com o 4º ano de escolaridade do 1º ciclo do ensino básico, casada. É cuidadora principal da mãe há cinco anos, desde a instalação da doença e dedica-se a tempo inteiro (24h/dia) ao cuidado da sua mãe.

Da análise da caracterização acima descrita, é de salientar a idade da cuidadora, sendo também ela idosa. Tal característica leva-nos a refletir para a importância de uma especial atenção ao seu papel de cuidadora, no desempenho dos cuidados, pois provavelmente terá alterações na sua saúde acrescidas à exigência do papel de cuidador. A idade avançada poderá ser um fator de risco para o desenvolvimento de problemas associados ao processo de luto (Ferrario *et al.*, 2004). Por outro lado, é apontada como facilitador do processo de luto, pelo facto dos enlutados terem uma experiência de vida mais abrangente, permitindo-lhes o desenvolvimento de mecanismos de *coping* e uma maior resiliência (Bellamy *et al.*, 2013, citado por Pereira, 2014).

Relativamente à saúde mental, o resultado obtido do MHI-5 antes da intervenção, indicava que a participante apresentava uma saúde mental baixa, concretamente ao nível da ansiedade, depressão, perda de controlo emocional, atendendo a que obteve um total de 10 pontos em 30 possíveis, evidenciando um elevado distresse psicológico. A pontuação de rastreio de 20 pontos foi indicadora de presença de sintomas depressivos graves.

Na entrevista inicial foi notória a preocupação e ansiedade associadas ao papel de cuidadora associadas ao controlo da situação e da eficácia do seu papel principal, ilustrada na expressão abaixo.

“Eu tenho muito medo é...chegar ao quarto e não a encontrar já viva. São as duas coisas que me preocupam mais: ela precisar de ajuda e eu não a poder ajudar e a outra é a de eu chegar ao quarto e ela não se encontrar viva.” P1

Em relação aos receios que a cuidadora guarda, e sobre os quais habitualmente não fala com os profissionais de saúde, quando questionada se já lhe aconteceu, a mesma respondeu:

“(...) a minha mãe ficou com um vocabulário que não tinha (...) tenho vergonha dela falar assim, com aquela idade. De repente ela sai-se com conversas que eu me pergunto, como é

possível ela com esta idade ter conversas destas? Eu esperava que a minha mãe tivesse uma velhice, fosse uma pessoa meiguinha, compreensível, mas não, não é (...)". P1

É habitual o Cuidador Familiar começar a manifestar dificuldades em reconhecer o seu familiar doente devido à progressão da doença, às alterações do comportamento e deterioração corporal do familiar (Coelho et al., 2020; Dumont, Dumont & Mongeau, 2008, citado por Fernandes, 2023).

6.2. Caracterização do Processo de Luto e Vivência do Luto Antecipatório

No que diz respeito à caracterização do processo de luto/dor da participante, através do questionário do luto antecipatório, apurou-se um somatório total do instrumento com um score de 53 pontos, ligeiramente superior ao ponto médio da escala. Tendo em conta Marwit & Meuser (2005), as pontuações que se localizam na área superior (sendo 90 a pontuação máxima), poderão indicar que os cuidadores necessitam de uma intervenção formal ou assistência de suporte para melhorar as estratégias de *coping* (Almeida et al., 2013). A subescala que teve mais pontuação e a necessitar de maior intervenção, foi a de “Sobrecarga e Sacrifício Pessoal”, com 25 pontos, seguindo-se a de “Profunda Tristeza e Saudade” com 16 pontos, depois a de “Preocupação”, com 9 pontos e por fim a de “Isolamento”, com 3 pontos.

A **sobrecarga e o sacrifício pessoal** foram manifestos também pela expressão do impacto negativo do processo de cuidar na funcionalidade, na vida pessoal e de relação e no bem-estar e da perceção de satisfação global com a vida.

“A mim, psicologicamente, principalmente, mas não só. Fisicamente, eu tenho uma tendinite. Quando eu vou dormir são muitas dores. Já fiz tratamentos, mas continuo cada vez pior. (...) É muito desgastante. (...) Neste momento precisava muito da minha privacidade. Gostava de fazer visitas mais frequentes aos meus filhos que não as faço, aos meus netos, porque não tenho tempo. O que é que eu posso sair aqui de casa?...uma hora ou duas, não posso mais. Quanto ao resto, tanta coisa. Nem para festas, eu não vou para nada. Eu estou na idade da reforma, mas tenho uma reforma aproveitada? Não tenho”. P1

Esta asserção vai ao encontro de outras experiências reportadas pelos cuidadores na vivência do luto antecipatório no estudo com esposas cuidadoras na Croácia (Bilic et al., 2022). Segundo os mesmos autores, os cuidadores tendem a reprimir as suas próprias necessidades e sentimentos pessoais enquanto carregam o fardo dos cuidados que prestam aos familiares doentes. Os prestadores de cuidados tendem a manter-se positivos e a concentrar-se em viver o presente, assumindo um papel ativo na prestação de cuidados ao doente e à família (Bilic et al., 2022).

Em contacto com a possibilidade de uma perda iminente, os Cuidadores Familiares reagem manifestando ansiedade de separação e preocupação com o futuro. Este estado de medo, também é conhecido por ansiedade ruminativa (Fernandes, 2023). A preocupação com o futuro esteve focada no processo de morrer e na dependência das atividades de vida diária e as implicações na sobrecarga, ainda que P1 se considere preparada, como se ilustra na descrição do seu verbatim.

“Se ela não tiver uma morte súbita, de repente, a gente espera sempre o pior, que fique acamada. Cuidar dela na cama é completamente diferente do que ela assim na cadeira (...). Eu temo muito isso (...). Eu posso vir a aprender a cuidar dela na cama, mas é muito mais difícil e eu tenho os meus problemas de saúde. (...) o meu pai teve uma morte súbita e também não é fácil. É bom para quem vai, mas não é bom para quem fica. É um bocado doloroso e chocante. (...) de uma maneira ou de outra pode acontecer e estou preparada. Tenho estas duas realidades para enfrentar”. P1

Esta expressão é congruente com o fenómeno de luto antecipatório experienciado por outros familiares cuidadores que referiram a impotência do cuidador face à progressão da doença e antecipação do sofrimento do seu familiar doente (Coelho et al., 2020). Não obstante, e segundo os mesmos autores, o distresse traumático relacionado com a exposição continuada a condições ameaçadoras de vida resultam na perceção de falta de controlo sobre a situação e sobre as circunstâncias da vida.

A referência à preparação para a morte pode significar a tomada de consciência para este acontecimento, o que configura a preparação cognitiva. No entanto a preparação para a morte no contexto do luto antecipatório envolve, para além da dimensão cognitiva, a preparação

emocional, comportamental e espiritual, que precisa ser trabalhada para que se obtenham ganhos na qualidade do luto antecipatório (Trembl et al., 2021).

Por outro lado, a preocupação foi expressa face à necessidade de falar sobre a morte e o processo de morrer com a familiar doente.

“Ela tem aquela idade, mas não fala da morte. Nem que quer partir, nem o que gostava de deixar feito e não feito (...) é uma pessoa diferente do habitual. Ela não tem dor de qualidade nenhuma, não tem filtro. (...) ela não está doente. Ela tem é velhice. Ela não tem doença”. P1

A natureza multidimensional e dinâmica do processo de luto integra permite integrar as diferentes expressões emocionais e um esforço de autoregulação necessário à gestão da relação com o familiar doente e ajustamento à realidade que também ela é modificada cada dia (Coelho et al., 2020).

Na vivência do processo de luto antecipatório salienta-se o **isolamento** social decorrente da dinâmica do cuidado ao familiar doente, com anulação da vida de relação, apontando para um coping ineficaz, desalinhado com os seus objetivos e expressa no relato de P1 transcrito abaixo.

“Os meus objetivos era fazer coisas que eu gosto. Sair mais, passear mais. Ter convívios com alguém. Estou muito pressa, muito fechada aqui em casa. Não convivo com ninguém, a não ser os meus filhos que trabalham, mas que aos fins de semana me veem visitar e pronto. Não tenho mais ninguém”. P1

Sobre as expectativas acerca do programa e da relação com os profissionais de saúde, salienta-se a necessidade de explorar estratégias de resolução de problemas e sobretudo a possibilidade de poder expressar sentimentos e emoções e problemas emocionais.

“Espero que me faça abrir alguns horizontes, que me ajude nestas dificuldades todas e que eu me sinta mais realizada (...). Eu tenho a minha médica de família, que vou a ela de ano a ano. Gosto dela. Tenho a minha médica da tiroide, tenho a minha médica da Gastro, dos meus problemas de gastrite atrofica, mas sinto falta de falar dos meus problemas emocionais”. P1

6.3. Resultados Relativos aos Indicadores do Programa

Os resultados foram medidos face ao início do estabelecimento da relação, isto é, ao baseline, comparativamente ao final da relação, descritos neste subcapítulo e apresentados esquematicamente na Gráfico 1 e Tabela 1.

Os ganhos foram observados na saúde mental da participante com um score final de MHI de 23 pontos face ao score inicial de 10, e um índice global transformado de 72 pontos, acima do ponto de corte para a presença de sintomas depressivos. O melhor nível de saúde mental obtido deveu-se à tanto à melhoria do score no afeto positivo e redução do distresse psicológico.

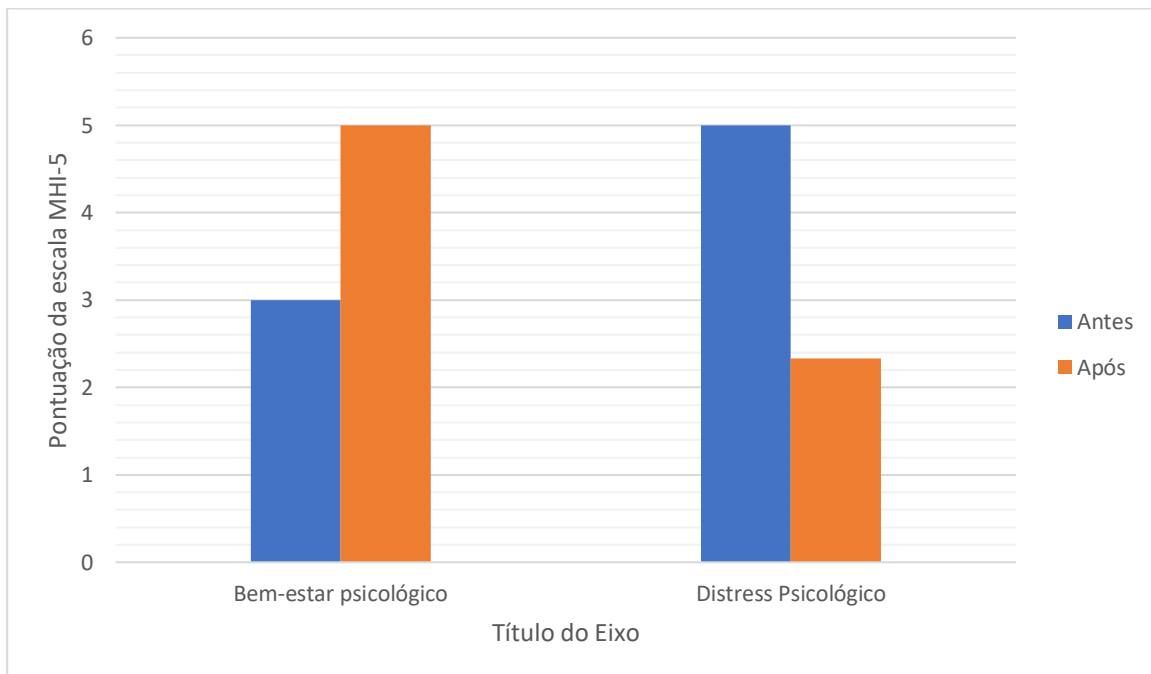


Gráfico 1 – Medida de saúde mental (MHI-5) relativa aos fatores Bem-estar Psicológico e Distress Psicológico antes e após o programa

De realçar ainda, a melhor gestão do processo de luto antecipatório com redução dos scores globais e relativos ao fator “Sobrecarga e Sacrifício Pessoal”. No final do programa, os resultados globais aproximam-se dos níveis associados às reações saudáveis ao processo de luto, que envolvem tristeza com expressão de capacidade de integração da perda com potencialidade para prosseguir com a vida. Estas expressões são consonantes com a experiência de luto antecipatório reportada por Coelho et al. (2020), em que os cuidadores experimentam a separação através da angústia traumática resultante da exposição a

condições de risco de vida e a angústia de separação induzida pela antecipação da perda e pelas perdas relacionais atuais, desafiando os cuidadores a exigências de esforço de regulação emocional a longo prazo. Quando bem gerida a ambivalência, a regulação emocional permite a clarificação de dilemas e suporte no desenvolvimento de estratégias de apoio com vista à prevenção de sintomas de desorganização emocional (Coelho et al., 2020).

Após a implementação do programa Relação de Ajuda, foram visíveis os ganhos adquiridos relativamente às estratégias de *coping* adquiridas pela participante. Este foi um facto confirmado pela realização da segunda entrevista. Da análise desta foram elencadas as seguintes estratégias de coping adotadas pela participante: escrita expressiva, caminhadas, refeições de convívio com os filhos na sua casa, reconhecimento de membros da família com quem pode contar em situações difíceis de lidar e partilha de vivências, para além da procura de apoio na gestão das atividades de cuidadora.

A melhoria nos scores nos questionários, foi assim complementada com o verbatim da entrevista:

“aproveito quando ela [mãe] está a fazer as suas sextas...quando tem apoio da Santa Casa, de manhã faço as minhas caminhadas com o meu marido. Organizo jantares cá em casa para os meus filhos virem cá ter, já que é mais difícil sair de casa. O meu filho esta semana esteve de folga fiz o almoço no sábado. No domingo fiz para a minha filha e assim eles vieram cá”. E2

Foram ainda captadas expressões de satisfação em relação às sessões do programa de intervenção com base na Relação de Ajuda:

“Ajudaram muito, deram-me uma palavra de conforto. Prepararam-me. Tenho muito a agradecer estas palavras de conforto (...) faz bem, faz bem conversar”. E2

Das sessões do programa, importa salientar a sessão 3 – Uma carta, em que a participante através da escrita expressiva elaborou, não uma, mas sim 3 cartas (uma de agradecimento; outra de perdão e outra sobre o legado deixado), dirigidas à mãe. Esta foi, segundo a participante das tarefas mais gratificantes, reconhecendo que esta é uma estratégia que para ela *“funciona muito bem”*, permitindo desenvolver os seus sentimentos, *“que por vezes é difícil expressar oralmente”* (sic).

A utente conseguiu identificar aquando sessão 4, os elementos da família a quem pode recorrer, através da realização do Genograma e os recursos disponíveis a nível social, a partir da elaboração do Ecomapa.

A tabela X apresenta os ganhos obtidos com a intervenção, e ilustra a diferença de resultados entre a primeira sessão e a última sessão, obtidos através da implementação da relação de ajuda.

		Pré intervenção	Pós intervenção
MHI	Total (5-30)	10	23
	Score Global (0-100)	20	72
	Afeto Positivo	3	5
	Depressão	6	3
	Ansiedade	5	3
	Perda de controlo emocional	4	1
MMCGI-SF	Total	56	48
	Sobrecarga e Sacrifício Pessoal	25	22
	Profunda Tristeza e Saudade	16	16
	Isolamento	9	9
	Preocupação	3	3

Tabela 1 – Pontuações dos instrumentos de avaliação de resultado entre a sessão baseline (Pré intervenção) e a última sessão do programa de intervenção (Pós intervenção)

Estes ganhos em saúde poderão estar relacionados com as estratégias de *coping* adotados pela participante, que são, também, visíveis no aumento de estratégias da primeira para a última sessão. Na primeira sessão a partilha de vivências era a única estratégia encontrada. Na última sessão, para além da partilha de vivências, a escrita expressiva; caminhadas; refeições de convívio com os filhos na sua casa; reconhecimento de membros da família com quem pode contar em situações difíceis foram as estratégias adotadas pela participante.

7. PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA

Através da implementação da relação de ajuda às famílias em processo de luto, espera-se melhorar as estratégias de *coping* das mesmas perante situações adversas, como a perda de um ente querido, contribuindo também para a diminuição do desenvolvimento de uma perturbação de luto prolongado, sem acarretar custos significativos para os serviços ou instituições. A eficácia deste programa foi avaliada após a implementação do mesmo a uma participante. Para uma melhor avaliação da implementação do programa, era esperado pelo

menos mais duas familiares enlutadas, no entanto não foi possível dar continuidade à intervenção por motivos de ordem diversa. Reconhecem-se, assim, algumas limitações no presente estudo que se prendem com o reduzido número da amostra e o curto tempo delimitado do projeto, atendendo ao tema e à sua metodologia. Não obstante, a metodologia de estudo de caso com recurso a dados qualitativos e a quantitativos aponta para resultados promissores associadas à aplicação do programa, que concorrem para os ganhos associados à implementação do PMCQCE.

Para a avaliação do programa e apresentação da análise da sua implementação e adoção de medidas corretivas, apresentamos a análise SWOT (Strengths - Forças, Weakness - Fraquezas, Opportunities - Oportunidades, Threats:

- Forças – as principais forças identificadas neste projeto foram: a pertinência do tema; a adequação ao público-alvo, a motivação da equipa de enfermagem em relação ao problema identificado; a aprovação e incentivo da enfermeira chefe e o parecer favorável de duas Comissões de Ética, a motivação da participante e o sucesso nos resultados preliminares com a participante;
- Fraquezas – A sobrecarga de trabalho associada ao desenho e implementação do PMCQCE e a escassez de recursos humanos afetos ao projeto o que interferiu negativamente com a possibilidade de estender o programa a todas as famílias enlutadas; integração parcial na carteira de projetos da equipa domiciliária;
- Ameaças - Falta de políticas dirigidas ao público-alvo, a impossibilidade de cumprir o programa; falta de recursos financeiros para suportar os gastos associados ao treino dos profissionais de saúde mental para implementação do programa.
- Oportunidades - A maior oportunidade é a mobilização de conhecimentos atualizados no apoio a pessoas em processo de luto e os ganhos em saúde mental, associados à qualidade dos cuidados prestados.

Aquando aplicação da *checklist* de fatores de risco perturbação no luto prolongado (Norma DGS nº 003/2019 de 23 de abril de 2019), constatou-se que a participante apresenta alguns fatores de risco para desenvolver uma perturbação de luto prolongado, nomeadamente os pessoais (género feminino, idade avançada da pessoa em luto e *coping* não adaptativo);

interpessoais (projetos pendentes) e circunstâncias (ser cuidador principal do doente e sobrecarga do cuidador). Assim foi possível intervir no fator pessoal e circunstancial – no *coping* não adaptativo e conseqüentemente na sobrecarga do cuidador, respetivamente.

Foi possível verificar que a segunda entrevista não acrescentou muito mais informação em relação à primeira. Assim, a entrevista FIFE, numa fase inicial foi importante, no entanto, na fase de avaliação não muda os resultados de forma significativa. Contribui, sim, para uma apreciação do impacto do programa, porém esta comunicação pode ser adquirida através do questionário de satisfação. Por outro lado, a possibilidade de os participantes fazerem uma avaliação do programa, apontando as forças e as possibilidades de melhoria, deve ser considerada na reformulação do PMCQCE.

8. RECONHECER E PARTILHAR O SUCESSO

No âmbito da saúde, a implementação da metodologia de projeto promove o desenvolvimento dos profissionais e contribui para a qualidade dos cuidados prestados, sendo que a divulgação dos resultados decorrentes da implementação do mesmo é uma fase importante, uma vez que é por intermédio desta que a população se torna conhecedora da pertinência do projeto desenvolvido e qual o processo adotado na resolução da problemática identificado (Ferrito et al., 2010).

Neste sentido, o presente projeto será alvo de prova pública perante júri, assim como, todas as intervenções implementadas pelo EEESMP à familiar a vivenciar um processo de luto antecipatório, constitui um elemento de divulgação de resultados. Assim sendo, destaca-se a pertinência deste meio de divulgação para a temática em estudo e da necessidade de existirem mais publicações de enfermagem neste âmbito, do apoio ao luto estruturado e documentado e conseqüentemente dos resultados obtidos, de modo a contribuir para a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde.

Os resultados, bem como todas as etapas do projeto foram, serão partilhados com toda a equipa de enfermagem e respetiva chefia, na instituição onde foi implementado o programa.

Resultante da pesquisa de referenciais teóricos que sustentam a temática e todo o caminho percorrido ao longo do projeto, foi promovido o Workshop “Ser Compassivo no Luto – Como ajudar quem esta em luto? O que dizer e não dizer?” promovido pela Comunidade Compassiva

da RAA (Anexo). O sucesso do desenho do Programa foi partilhado nas 2^{as} Jornadas Pedagógicas de ESMP através da apresentação e um poster.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este relatório, pretende-se relatar, explicar e comprovar o desenvolvimento das competências adquiridas, com vista à obtenção do grau de Mestre em ESMP, através da prática clínica de cuidados, desenvolvida ao longo de todo o percurso dos ensinamentos clínicos e estágio final, descrevendo, analisando e refletindo, de forma crítica, os resultados alcançados.

A avaliação contínua das necessidades e aplicação das intervenções do EESMP permitiram ir ao encontro das competências comuns do enfermeiro especialista, das específicas do EEESMP e das de mestre, definidas pela OE, com o aprofundamento do autoconhecimento e do conhecimento teórico e científico; da relação de ajuda em processos de cuidar da pessoa; das intervenções em grupo; da implementação de programas de intervenção e partilha dos conhecimentos e evidências encontradas com as equipas e nas jornadas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; da realização de *workshop* “Ser Compassivo no Luto – Como ajudar quem está em luto? O que dizer e não dizer?” promovido pela Comunidade Compassiva – ComVida.

Assim, desenvolvendo uma prática de cuidados especializada, procurou-se compreender as mudanças de comportamentos, alicerçada na teoria das transições de Afaf Meleis e da teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau sob a perspetiva de desenvolvimento e maximização das suas potencialidades e capacidades, mobilizando a relação de ajuda como intervenção, onde se conclui que esta é facilitadora da relação e expressão, reconhecida pelos utentes como fundamental para a aquisição de estratégias de adaptação às novas fases vivenciadas pelos mesmos.

A concretização de um PMQCE possibilitou definir uma estratégia (fundamentada na evidência científica e na experiência dos elementos que compõe a equipa de enfermagem daquele serviço em particular) de resposta a uma situação identificada no serviço, nomeadamente o apoio prestado a familiares em processos de luto dos utentes acompanhados pela referida equipa. Este foi um processo importante que contribuiu transportar para a prática os conteúdos e aprendizagens teóricas, adquiridos ao longo do

percurso académico, possibilitando, portanto, uma melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados, quer na perspetiva dos familiares enlutados, quer na perspetiva dos profissionais de saúde, nomeadamente, dos enfermeiros.

Considera-se que o presente documento demonstra a consolidação das aprendizagens efetuadas ao longo do período formativo foi alcançado, atendendo a que se descrevem os contextos da prática clínica e a forma com que estes contribuíram para uma análise e reflexão crítica das atividades e situações neles vivenciadas, contribuindo para a obtenção das competências do EEESMP, preconizadas pela OE. Além disso, expõe-se o PMCQCE a sua justificação de implementação, em conformidade com os pressupostos descritos pela teoria, com implicações para a prática, teoria e investigação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alaseeri, R., Rajab, A., & Banakhar, M. (2021). Do Personal Differences and Organizational Factors Influence Nurses' Decision Making? A Qualitative Study. *Nursing Reports*, 11, 714-727. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2039-4403/11/3/67>
- Almeida Ventura-Silva, J. M., Ferreira Pereira da Silva Martins, M. M., de Lima Trindade, L., Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., & Passos Teixeira Cardoso, M. F. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278–295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>
- Almeida, F. (2013). Estudo do Luto Antecipado em Cuidadores de Doentes com Demência. Instituto superior de Ciências da Saúde, Norte, CESPU. Disponível em: <https://repositorio.cespu.pt/bitstream/handle/20.500.11816/305/CAPA%20FINAL%20TESE%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Almeida, V. de C. F. de., Lopes, M. V. de O., & Damasceno, M. M. C. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 39(2), 202–210. doi: 10.1590/S0080-62342005000200011
- Amaral, A. (2010). Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental – mediante a CIPE. MemMartins: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.
- American Psychiatric Association-APA (2014). DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Artmed Editora.
- Amestoy, S. C. (2020). Inteligência emocional: habilidade relacional para o enfermeiro-líder na linha de frente contra o novo Coronavírus / Emotional intelligence: relationship skill for the nurse-leader on the front line against the new Coronavirus. *Journal of Nursing and Health*, 10(4). <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/18993>
- Ana, C. (2021). The Contribution of Emotional Intelligence to Human Resource Development and Career Success: a Review. *European Journal of Economics and Business Studies*, 7(2), 20. <https://doi.org/10.26417/628dhv60q>
- Arantes, A. C. Q. (2019). A morte é um dia que vale a pena viver. Alfragide: Oficina do Livro.
- Araújo, F., Bastos, F., Lourenço, M. (2021). O Papel dos Cuidados Continuados na Reconstrução da Autonomia (pág. 71-82). Em *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Disponível em: file:///C:/Users/tensi/Downloads/AUTOCUIDADOUUMFOCOCENTRALPARAAENFERMAGEM_.pdf
- Avolio, B. J., Walumbwa, F. O., & Weber, T. J. (2009). Leadership: Current theories, research, and future directions. *Annual Review Psychology*, 60, 421-449. doi:10.1146/annurev
- Barbosa, J., & João Gama Marques. (2023). The revolving door phenomenon in severe psychiatric disorders: A systematic review. *International Journal of Social Psychiatry*, 69(5), 002076402211432-002076402211432. <https://doi.org/10.1177/00207640221143282>
- Bilić, J., Skokandić, L., & Puljak, L. (2022). Anticipatory grief and experience of providing at-home palliative care among informal caregivers of spouses in Croatia: a qualitative study. *BMC palliative care*, 21(1), 199. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01093-1>
- Brito, M. L. da S. (2018). O Enfermeiro como terapeuta de referência nas equipas de saúde mental comunitária. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/o-enfermeiro-como-terapeuta-de-refer-ncia-nas-equipas/full-view.html>
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2018). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (7ª ed.). Elsevier, Inc.
- Cardante, F. (2020). Consulta de Enfermagem Pré-Operatória e de Follow-Up em Cirurgia de Ambulatório: A perspetiva dos Enfermeiros. Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/34037>.

- Carvalheira, E. (2023). Programa online de autoajuda no luto – um estudo de viabilidade “Escrita no luto”. Universidade do Minho. Escola de Psicologia. Minho. Disponível em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/86177/1/Eduarda%20Goncalves%20Carvalheira.pdf>
- Carvalho, D., Sequeira, C., Querido, A., Tomás, C., Morgado, T., Valentim, O., Moutinho, L., Gomes, J., & Laranjeira, C. (2022). Positive Mental Health Literacy: A Concept Analysis. *Frontiers in psychology*, 13, 877611. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.877611>
- Chalifour, J. (2008). A intervenção terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda (vol. 1). Loures: Lusodidatacta.
- Coelho, A., de Brito, M., Teixeira, P., Frade, P., Barros, L., & Barbosa, A. (2020). Family caregivers’ anticipatory grief: A conceptual framework for understanding its multiple challenges. *Qualitative Health Research*, 30(5), 693–703. <https://doi.org/10.1177/1049732319873330>
- Coelho, J., Sampaio, F., Sequeira, C. (2020). Relação de Ajuda. Em C. Sequeira, & F. Sampaio, *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 183-185). Lisboa: LIDEL.
- Coelho, J., Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Sequeira, C., Fortuño, M., & Merino, J. (2020). Relação de ajuda como intervenção de enfermagem: uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (23), 63-72. <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/8918/1/n23a09.pdf>
- Delalibera, M. (2010). Adaptação e Validação Portuguesa do Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado - Prolonged Grief Disorder (PG-13). Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2255/1/597476_Tese.pdf
- Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro. Diário da República nº 187 – II Série. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026). <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>
- Despacho nº3254/2018 de 29 de março do Ministério da Saúde. Diário da República, 2.a série — Nº 63 Portugal; 2018 p. 9302. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/114942585>
- Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). O modelo de coping de Folkman e Lazarus: Aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(2), 55-66. <https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>
- 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.
- Do, M., Dias, R., Rudysh, K., Naben, L., & Monteiro, A. (2018). O Espreitar do Morrer. A pintura do pensamento da morte. A PEEK AT DYING A painting of the thought of death. *Omnia*, 8(2). https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29266/1/Artigo_MRDias_2018_02.pdf
- Eninger, F. U., Santos, C. M. dos, & Kayser, M. F. (2021). As relações familiares frente ao processo do luto antecipatório/ The family relations while facing the anticipatory grieving processes. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(4), 15913–15927. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n4-121>
- Fernandes, J. (2023). Os dilemas vivenciados durante o luto antecipatório pelos cuidadores familiares. Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Lisboa. Disponível em: https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/9333/1/25732_Joana_Fernandes_Disserta%c3%a7%c3%a3o.pdf
- Ferrario, S.; Cardillo, V.; Vicario F.; Balzarini E. & Zotti, A. (2004). Advanced Cancer at Home: Caregiving and Bereavement. *Palliative Medicine*, Vol. 18, p. 129-136. Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M.A. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M.A. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

- Freitas, J., Correia, R., Lobo, J., & Duarte, M. (2023). Estratégias de Atenção à Saúde Mental em Instituições de Longa Permanência para Idosos: Revisão Sistemática. *Cadernos Acadêmicos*, 9(1). Disponível em: <https://portaldeperiodicos.animaeducacao.com.br/index.php/CA/article/view/18654/12268>
- Gabriel, S.; Paulino, M & Baptista T. M. (2021). Luto. Manual de Intervenção Psicológica. Lisboa. Pactor.
- Galdeano, L. E., Rossi, L. A., & Zago, M. M. F. (2003). Instructional script for the elaboration of a clinical case study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 371–375. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000300016>
- Gesi, C., Carmassi, C., Cerveri, G., Carpita, B., Cremone, I., & Dell'Osso, L. (2020). Complicated Grief: What to Expect After the Coronavirus Pandemic. *Frontiers In Psychiatry*, 11. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00489>
- Gonzago, A. (2019). Hildegard Peplau: Interpersonal Relations Theory. Nurseslab. Disponível em: <https://nurseslabs.com/hildegard-peplaus-interpersonal-relations-theory/#nursing>
- Huber, D., & Joseph, L. (2022). *Leadership & nursing care management* (7th ed.). Elsevier.
- ICNP Browser. (2019). ICN - International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Instituto IHSCJ - Irmãs Hospitaleiras. (2022, agosto 17). Irmashospitaleiras.pt. Disponível em: <https://irmashospitaleiras.pt/instituto-ihscj/>
- Jorm, A. F. (2019). The concept of mental health literacy. In O. B. Okan, U., Levin-Zamir, D., Pinheiro, P., & Sørensen, K. (Ed.), *International Handbook of Health Literacy: Research, Practice and Policy across the lifespan* (pp. 53-66). Policy Press. <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/24879>
- Khanipour-Kencha, A., Jackson, A. C., & Bahramnezhad, F. (2022). Anticipatory grief during COVID-19: a commentary. *British Journal of Community Nursing*, 27(3), 114–117. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2022.27.3.114>
- Lluch-Canut, T., Sequeira, C. (2020). Saúde Mental Positiva. Em C. Sequeira, & F. Sampaio, *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp.61-63). Lisboa: LIDEL.
- Lopes, D. (2022). A Promoção da Esperança na Pessoa com Experiência de Doença Mental. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/44660/1/MESMP_5089_reformulado.pdf
- Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S., Sequeira, M. S., Melo, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão E Desenvolvimento*, (30), 557-578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 212, 138–149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
- Marques, D. A., Alves, M. S., Carbogim, F. C., Vargas, D., Paula, G. L., & Almeida, C. P. B. (2018). Multiprofessional team perception of a music therapeutic workshop developed by nurses. *Rev Bras Enferm.* 73(1): e20170853. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0853>
- Martins, M. G. A., Machado, A. P. M., Gouveia, M. C. S., Carvalho, P. S. C. P. & Renca, P. F. N.N. (2021). Guia orientador de boas práticas de cuidados de enfermagem especializados na recuperação da pessoa com doença mental grave. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22977/guiabp_cuidenfesprecuppessdoen%C3%A7amentalgrave_ordefernem_ok.pdf
- Mattos, J. C. O. & Balsanelli, A. P. (2019). A liderança do enfermeiro na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Foco*, 10 (4), 164-171. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1052831>

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.

Melo-Dias, C., Rosa, A., & Pinto, A. (2014). Atividades de ocupação terapêutica – intervenções de enfermagem estruturadas em reabilitação psicossocial. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (11), 15-23. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/317471593_Atividades_de_ocupacao_terapeutica_intervencoes_de_enfermagem_estruturadas_em_reabilitacao_psicossocial

Miguel, A.; Ruiz, M. (2020). Mindfulness e Saúde Mental. Em C. Sequeira, & F. Sampaio, *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp.263-268). Lisboa: LIDEL.

Moraes, P., Lopes, O. & Braga, B. (2006). Componentes funcionais da teoria de Peplau e sua confluência com o referencial de grupo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19 (2), 228 – 233.

Morgado, B., Fonseca, C., Afonso, A., Amaro, P., Lopes, M., & Pinho, L. G. De. (2023). “Geriatric Proximity” Intervention in COVID-19 Context: Contribution to Reducing Loneliness and Improving Affectivity. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/geriatrics8020039>

Neto, D., Costa, J., Martins, L., Maerta, M., & Florentim, R. (2023). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Servir*, 2(01e), 70–70. <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/31615>

Nielsen, M. K., Neergaard, M. A., Jensen, A. B., Bro, F., & Guldin, M. B. (2016). Do we need to change our understanding of anticipatory grief in caregivers? A systematic review of caregiver studies during end-of-life caregiving and bereavement. *Clinical psychology review*, 44, 75–93. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.01.002>

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2019). *Saúde. Um direito Humano. Relatório de Primavera 2019*. Portugal. Disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/27551/1/RP2019.pdf>

OE (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas de Enfermagem de Saúde Mental de Ligação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32539/gobpsaudementalligacao_v3ok.pdf

Oliveira, C. (2021). *Assimilação da experiência de luto- Comparação entre morte por suicídio e por causas naturais*. Universidade da Maia – ISMAI. Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento. Maia. Disponível em: <https://repositorio.umaia.pt/bitstream/10400.24/2180/1/Disserta%20Cristiana%20Oliveira%2031864.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. DR, 2ª Série de 19 de junho. Lisboa, Portugal: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2021). *Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave*. 1.ª edição. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22977/guiabp_cuidenfesprecupessdoen%20A7amentalgrave_ord_enferm_ok.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas de Promoção da Literacia em Saúde Mental*. 1ª edição. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30958/gobp_literaciasaudemental_v3ok.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem Regional, Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. In *Ordem dos Enfermeiros*.

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia profissional de enfermagem. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroci_deontologia_2015_web.pdf
- Organização Mundial da Saúde (2015). MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e decorrentes do uso de álcool e outras drogas nos serviços de atenção à saúde não especializadas. Suíça: Organização Mundial de Saúde. ISBN 978 92 4 154806 9
- Organização Mundial de Saúde (2018). Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. Geneva. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274628/9789241514033-eng.pdf?sequence=1>
- Parnell, T. A., Stichler, J. F., Barton, A. J., Loan, L. A., Boyle, D. K., & Allen, P. E. (2019). A concept analysis of health literacy. *Nursing Forum*, 54(3), 315-327. <https://doi.org/10.1111/nuf.12331>
- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work methods for nursing care delivery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 2088. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>
- Peplau, H. (1990). *Relaciones Interpersonais en enfermería. Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinâmica*. Barcelona: Salvat editores.
- Pereira, C. (2014). *Avaliação do Processo de Luto: Na Perspectiva do Cuidador Enlutado*. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/23495/1/10975.pdf>
- Pereira, J. M. (2021). Definição e validação de um painel de indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de Enfermagem: estudo no contexto de uma unidade de cuidados paliativos de um hospital do grande Porto. *Comum.rcaap.pt*. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/36085>
- Portal do SNS (s.d.). Entrada em vigor da nova Lei de Saúde Mental. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2023/08/Comunicado_Saude_Mental_.pdf
- Queiroz, E. W. S. (2017). A Construção do Vínculo Terapêutico: Uma reflexão sob a perspectiva gestáltica. *Revista IGT na Rede*, v. 14, nº 26, 2017. p. 109 – 126. ISSN: 1807-2526. Disponível em: <https://igt.psc.br/ojs3/index.php/IGTnaRede/article/view/518/679>
- Querido, A. (2015). *A Esperança na Prática Especializada de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Leiria. Leiria. Disponível em: <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/1709/1/Ana%20Querido%202015%20-%20A%20Esperan%C3%A7a%20na%20Pr%C3%A1tica%20Especializada%20em%20ESMP.pdf>
- Querido, A., Tomás, C., Laranjeira, C. (2019). *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Evidências em Saúde Mental: da Conceção à Ação. Avaliação Objetiva e Subjetiva do Utente*. https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/4781/3/Exerc%C3%adcios_Fasc%C3%adculo%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20objetiva%20e%20subjetiva%20do%20utente%20%281%29.pdf
- Querido, A., Tomás, C., Laranjeira, C., Carvalho, D., & Valentim, O. (2019). *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Treino de Comunicação, Observação e Registo do Exame. Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Evidências em Saúde Mental: DA CONCEÇÃO À AÇÃO*. <https://doi.org/10.25766/4rkz-wc51>
- Ramos, L. A. A. M. dos. (2021). O ensino clínico de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica: proposta de uma matriz para o acompanhamento dos estudantes do curso de licenciatura. *Repositorio.ucp.pt*. <http://hdl.handle.net/10400.14/36361>
- Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem n.o 743/2019, de 25 de setembro, *Diário da República*, 2.a série - No 184 - 25 de setembro de 2019 128 (2019). <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Regulamento das Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas n.o 140/2019, de 6 de fevereiro, no 26 *Diário da República*, 2a série 4744 (2019). Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento nº 151/2018 de 7 de agosto (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República 2ª Série, 21427-21430.

Reis, C., Moré, Carmen, Menezes, M. (2023). O luto antecipatório e as estratégias de enfrentamento de familiares nos Cuidados Paliativos. Escola de Ciências da Saúde e da Vida. Psico, Porto Alegre, v. 54, n. 1, p. 1-13. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2023.1.39961>

RG (2022). Relatório de Gestão 2022.

Ribeiro, C. (2024). Impulsividade e diferenças de sexo: um estudo com estudantes universitários. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Porto. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/12635>

Sampaio, F. (2017). Intervenções de Enfermagem NIC de âmbito psicoterapêutico: conversão em linguagem classificada CIPE® versão 2. Artigo de Investigação (3). Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Nº 18, 15-21. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/8084/1/n18a03.pdf>

Santos, S. S. C. & Nóbrega, M. M. L. (1996). Teoria das Relações Interpessoais em Enfermagem de Peplau: Análise e Evolução. Revista Brasileira Enfermagem. Brasília. Vol. 49. Nº 1. Pág. 55-64. Jan/Mar. 1996. DOI: 10.1590/S0034-71671996000100007

Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde mental: diagnósticos e intervenções. Lidel.

Silva, V. A. H., & Seabra, P. R. C. (2020). Cognitive stimulation in people with mental disorders in the community: an integrative review. Revista Brasileira de Enfermagem, 73(1). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0192>

Sousa, J., Ferreira, R., & Guedes, V. (2022). Intervenções desenvolvidas na gestão do luto em cuidados paliativos: scoping review. Revista de Investigação & Inovação Em Saúde, 5(2), 97–109. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i2.189>

Sousa, L. (2012). Programa de intervenção na memória para idosos com défice cognitivo ligeiro. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto. Comum.rcaap.pt. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9366>

Sousa, S. (2019). Intervenção no Processo de Luto em Portugal pelas Equipas de Cuidados Paliativos. Instituto de Ciências da Saúde da Católica. Lisboa. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/36722/1/202940276.pdf>

Tomey, A. M. e Alligood, A. R. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua Obras (Modelos e Teorias de Enfermagem). Loures: Lusociência.

Trembl, J., Schmidt, V., Nagl, M., & Kersting, A. (2021). Pre-loss grief and preparedness for death among caregivers of terminally ill cancer patients: A systematic review. Social science & medicine (1982), 284, 114240. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114240>

Vilar, B. (2019). O impacto da realização de tarefas pós-morte no processo de luto. Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Lisboa. Disponível em: <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7427/1/23603.pdf>

Wen, F. H., Chou, W. C., Hou, M. M., Su, P. J., Shen, W. C., Chen, J. S., Chang, W. C., Hsu, M. H., & Tang, S. T. (2022). Associations of death-preparedness states with bereavement outcomes for family caregivers of terminally ill cancer patients. Psycho-oncology, 31(3), 450–459. <https://doi.org/10.1002/pon.5827>

World Health Organization. (2021). Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. [www.who.int. https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705](https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705)

Yousuf-Abramson, S. (2020). Worden's tasks of mourning through a social work lens. Journal of Social Work Practice, 35(4), 1–13. <https://doi.org/10.1080/02650533.2020.1843146>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Guião de Participação no Projeto “LO(U)COTÓRIO”

III Congresso dos Psicólogos dos Açores
 19-20 outubro 2023 | Teatro Micaelense
 “Call for Mental Health (advocacy)”
 “Será a minha Tristeza Depressão?”

Público-alvo: pessoas que estejam tristes.

Olá! O meu nome é Katherine, eu sou Enfermeira na US e venho falar da tristeza.

A tristeza é uma emoção básica de todos nós e pode ser a resposta para eventos desagradáveis, como pode não ter nenhum motivo aparente.

A notícia boa é que existem várias coisas que podes fazer para te ajudar:

- 1. Reconhecer os sentimentos de tristeza**, ou seja, procura compreender as causas da tua tristeza.
- 2. Lembra-te do teu valor**, ou seja, tu és importante. Tu existes, tu estás aqui e esta é a tua vida. Tenta fazer uma lista das tuas qualidades.
- 3. Ter uma boa alimentação.** Existem alimentos que possuem propriedades antidepressivas, como: frutos secos; peixes ricos em ómega 3 e ovos.
- 4. Movimenta-te todos os dias.** Após o exercício, o corpo liberta hormonas responsáveis por sentimentos de alegria e de bem-estar.
- 5. Encontra refúgio na natureza.** O contato com a natureza ajuda a combater a tristeza e a recarregar a tua energia.
- 6. Sejas grato e compassivo.** Um dos aspetos mais poderosos da construção de uma identidade resiliente é viver em gratidão.

Se após 2 semanas continuares triste, podes estar a desenvolver uma depressão. Nestes casos, procura um profissional de saúde para compreender melhor os teus sentimentos.

Enfermeira: Katherine Resendes



Call for Mental Health (advocacy)

A iniciativa Call for Mental Health (advocacy) objetiva utilizar intervenções baseadas em vídeo e o potencial das redes sociais para a disseminação de conhecimentos na área da Literacia em Saúde Mental.

Apresentação do Lo(u)cotório no programa Açores Hoje / RTP Açores:

<https://www.facebook.com/watch/?v=294657966799326>

APÊNDICE II – Folheto informativo – Relaxamento, Respiração Diafragmática



"Uma vez perfeita a respiração, tudo o mais entra nos eixos. Respiração é vida, mas as pessoas a ignoram, não lhe prestam nenhuma atenção. E toda a mudança que acontecer, acontecerá através da mudança em sua respiração."

Osho

Relaxamento

O relaxamento pode ser definido como um estado de consciência, através do qual se obtém sensações agradáveis, afastando pensamentos perturbadores ou geradores de *stress* (Payne, 2000, citado por Coelho&Sousa, 2020), permitindo desenvolver a capacidade de lidar com sintomas físicos que contribuem para a ansiedade (Elias, 2014, citado por Coelho&Sousa, 2020).



O que é respiração diafragmática?

É a "respiração abdominal" ou, em outras palavras, "respiração com a barriga", já que é possível perceber a movimentação dessa região, devido à entrada e à saída do ar.

Os principais benefícios da respiração diafragmática aliviar o stress e a ansiedade, reduzir o cansaço, diminuir o risco de doenças, melhorar a postura e favorecer o desempenho.

Relaxamento



Respiração Diafragmática

maio de 2023

Referências bibliográficas:
 Coelho, J., Sousa, L., Em Sequeira, C., Sampaio, F. (2020). Relaxamento. 202-210. Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções. Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, Lda.
 Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
 Ensino Clínico: Unidade de Ajudas de Psiquiatria do HDES
 Elaborado por: Katherine Resendes
 Enfermeiros Orientadores de Estágio: Catarina Coelho, Pedro Silva
 Docente: Professora Doutora Ana Querido

1
 Escolha uma posição que seja confortável para si: sentada com a coluna ereta ou deitada.

2
 Coloque a mão sobre a barriga, acima do umbigo, para sentir a movimentação da barriga durante a respiração.

3
 Inspire pelo nariz contando até 4. Sinta o ar encher os pulmões e a barriga subir.

4
 Segure o ar dentro dos pulmões por 2 tempo.

5
 Expire pela boca, e esvaziando os pulmões e a barriga, contando até 4 novamente.

6
 Repita o processo 2 ou 3 vezes, depois continue respirando pela barriga sem contar tempo.

Relaxe....

APÊNDICE III – Folheto informativo - Envelhecimento e Memória

Treino e Estimulação Cognitiva



Com o passar dos anos, o nosso corpo vai envelhecendo e vão aparecendo sinais como as rugas, os cabelos brancos e também, as dificuldades de memória.

À semelhança de outros órgãos, o nosso cérebro também envelhece e começa a notar-se o declínio de algumas das suas funções.

O treino e a estimulação cognitiva podem retardar os efeitos da idade no funcionamento cognitivo, e nomeadamente na memória.

Exemplos de atividades que podem ajudar a sua "cabeça" a manter-se saudável por mais tempo:

- Ler;
- Escrever;
- Fazer cálculos;
- Resolver problemas.



"Exercite o seu cérebro e mantenha-se cognitivamente ativo, pela sua saúde!" (SANTOS, 2020)

Referências Bibliográficas:
SANTOS, G (2020). Memória e esquecimento... Disponível em: <https://gracindepsi.com/2020/10/30/memoria>



Mestrado com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Casa de Saúde Nossa Senhora da Conceição

Realizado pela estudante: EnF⁺ Katherine Resendes
Orientado em ESMF: EnF⁺ Sílvia Marques

Memória e Esquecimento

A memória é um processo cognitivo que nos permite aprender, reter e recordar a informação que aprendemos. Este processo envolve três fases: aquisição, retenção e recordação. Associado à memória está o esquecimento que é a impossibilidade de recordarmos alguma coisa.



Existem 3 tipos de Memória:

- Memória sensorial;
- Memória de curto prazo;
- Memória de longo prazo.

Existem 3 tipos de Memória:

A memória sensorial, tem origem nos órgãos dos sentidos (visão, olfato, paladar e o tacto) e toda a informação obtida é retida por apenas breves segundos (2 ou 3s).

A memória de curto prazo, também chamada de memória de trabalho, retém a informação por um período de tempo também limitado. Se a informação não for processada perde-se.

A memória de longo prazo, tem a capacidade de armazenar informação e esta pode permanecer por dias, meses, anos ou até por toda a vida, podendo ser recordada sempre que o indivíduo o desejar... ou conseguir.

Esquecimento

A incapacidade de se recordar a informação que foi armazenada é o esquecimento.

Habitualmente o esquecimento tem uma conotação negativa e até mesmo patológica, mas não é sempre assim.

O esquecimento é essencial à própria condição da memória. É porque nos esquecemos que podemos continuar a aprender e a reter informação.

No entanto, há vários fatores que influenciam o esquecimento e dificultam as tarefas do dia-a-dia.



APÊNDICE IV – Guião Da Entrevista FIFE

Entrevista FIFE

Visa aceder à experiência do cuidador/familiar em relação à doença/processo de luto do seu familiar, tendo em vista a identificação das áreas de intervenção psicossocial.

Dimensões a incluir:

F (Feelings – Sentimentos) – relacionados com a doença, incluindo medos ou receios.

- O que é que o/a preocupa mais, neste momento?
- Sente, neste momento, algum medo ou alguma preocupação em concreto?
- Imagino que tenha tido muitos sentimentos diferentes, com os quais teve de lidar ao longo da doença do seu familiar. Quer falar sobre isso?
- Por vezes as pessoas têm receios que guardam para si próprios, e sobre os quais habitualmente não falam com os profissionais de saúde. Já lhe aconteceu?

I (Ideas – Ideias) – e explicações sobre as causas dos sintomas/processo de luto

- O que é que acha que se está a passar?
- O que é que acha que as suas dores significam?
- Tem ideia do que possa ter causado esta doença?

F (Functioning – Funcionamento) – o impacto da situação de doença do seu familiar na vida do dia-a-dia

- Como é que a doença do seu familiar o/a tem afetado no dia-a-dia?
- De que é que teve de prescindir por causa da doença do seu familiar?
- Quais são atualmente os seus objetivos de vida? Como é que a doença do seu familiar alterou os seus objetivos?
- Como é que a doença do seu familiar afeta as pessoas que são importantes na sua vida?

E (Expectations – Expetativas) – sobre o profissional de saúde e a doença do seu familiar

- Em que é que acha, ou espera, que eu (profissional de saúde) o posso ajudar hoje?
- Tem expetativas acerca de como os profissionais de saúde o poderão ajudar?
- O que é que espera deste tratamento?
- Quais são as suas expetativas acerca do que irá acontecer com a doença do seu familiar?

ANEXOS

ANEXO I

Certificado de Participação nas II Jornadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Convergência(s) em Saúde Mental



CERTIFICADO

Certifica-se que **Katherine Resendes** apresentou o póster "Programa de Estimulação Cognitiva", da autoria de Katherine Resendes, Silvína Marques e Ana Querido, no dia 1 de março, no âmbito das II Jornadas Pedagógicas do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – *Convergência(s) em Saúde Mental*, que tiveram lugar no dia 1 e 2 de março de 2024, nesta Escola Superior de Saúde.

O Diretor,

Rui-Fonseca Pinto



CERTIFICADO

Certifica-se que **Katherine Resendes** apresentou o póster "Grupo de Ajuda Mútua Promotor de Esperança (Pais de Indivíduos com Espectro de Autismo)", da autoria de Katherine Resendes, Silvína Marques e Ana Querido, no dia 1 de março, no âmbito das II Jornadas Pedagógicas do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – *Convergência(s) em Saúde Mental*, que tiveram lugar no dia 1 e 2 de março de 2024, nesta Escola Superior de Saúde.

O Diretor,

Rui-Fonseca Pinto

ANEXO II

Certificado de Realização de Workshop “Ser Compassivo no Luto – Como ajudar quem esta em luto? O que dizer e não dizer?”, promovido pela Comunidade Compassiva - ComVida

Declaração

Declara-se que a Sr.^a Enfermeira Katherine Resendes foi formadora no Workshop “Ser Compassivo no Luto – Como ajudar quem esta em luto? O que dizer e não dizer?” promovido pela Comunidade Compassiva - ComVida, que decorreu no dia 17 de Janeiro de 2024, no auditório da Junta de Freguesia da Fajã de Cima.

Barbara Anahory

Bárbara Anahory
Elemento do ComVida - São Miguel Comunidade Compassiva



ANEXO III

Autorizações para a utilização das Escalas MHI-5, MM-CGI-SF e PG13

Katherine Resendes <katherinelouiseresendes@gmail.com> para jlpr ▾ 10 de mar. de 2024, 17:36 ☆ 😊 ↶ ⋮

Exmo. Senhor
Prof. Doutor José Pais Ribeiro.

O meu nome é Katherine Louise Resendes Silva, sou Enfermeira e encontro-me neste momento a frequentar o Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Escola Superior de Saúde - Politécnico de Leiria. Estou presentemente a desenvolver um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, com o título: "Preparar, Superar a Perda e Viver!". O projeto tem como objetivo capacitar os profissionais de saúde a apoiar famílias que se encontram em processo de luto. Neste contexto e tendo conhecimento do estudo de adaptação e validação da MHI-5 Inventário de Saúde Mental para a população portuguesa, gostaria de completar o estudo com esta prova, solicitando a V. Ex.cia a **autorização** para utilização do instrumento no estudo supracitado e, em caso afirmativo, a necessária disponibilidade do instrumento.

Aguardando uma cêlere resposta. Agradeço, desde já, a sua disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

Katherine Resendes

José Pais Ribeiro para mim ▾ 12 de mar. de 2024, 08:20 ☆ 😊 ↶ ⋮

Cara Colegs

Autorizamos o uso da versão do MHI que desenvolvemos para uso com a população portuguesa. No meu site encontra o manual da escala ou no link a seguir encontra o artigo de validação <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1039/1/PSD%202001%202%281%29%2077-99.pdf>

Atenção que, no manual e no artigo, há uma gralha de edição numa das respostas. Deve trocar a última opção de resposta do item 36 (Nunca acordo com a sensação de descansado) "No último mês, durante quanto tempo se sentiu espiritualmente em baixo", com a última opção (Nunca) do item 37 "Com que frequência durante o último mês, acordou de manhã sentindo-se fresco e repousado?", de modo a corresponder à versão do idioma original)

Cordialmente

José Luís Pais Ribeiro
ilpr@fpece.up.pt

Autorização de utilização de instrumento de avaliação ▶ Caixa de entrada x

Katherine Resendes <katherinelouiseresendes@gmail.com> para fbnalmeida999 ▾ 26 de mar. de 2023, 22:28 ☆ 😊 ↶ ⋮

Exma. Srª. Drª. Fabiana Bastos de Almeida ,

O meu nome é Katherine Louise Resendes Silva, sou Enfermeira e encontro-me neste momento a frequentar o Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Escola Superior de Saúde - Politécnico de Leiria. Estou presentemente a desenvolver um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, com o título: "Preparar, Superar a Perda e Viver!". O projeto tem como objetivo Melhorar o atendimento das famílias em processo de luto (antecipatório e efetivo) através da intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, reduzindo o risco de luto prolongado, facilitando a realidade da perda, através de estratégias de *coping* . Neste contexto e tendo conhecimento da sua tese de Mestrado, em que adaptou, traduziu e validou a **escala** para a população portuguesa do Instrumento de Marwit-Meuser Caregiver Grief Inventory-Short Form (MM-CGI-SF), solicito a Vossa Excelência que autorize a sua utilização no trabalho que me proponho desenvolver.

Sem outro assunto de momento, despeço-me com os melhores cumprimentos,

Vila Franca do Campo, 26 de março de 2023,

Katherine Resendes

Fabiana Almeida <fbnalmeida999@gmail.com> para mim ▾ 27 de mar. de 2023, 20:03 ☆ 😊 ↶ ⋮

Olá boa noite,

Venho por este meio autorizar a utilizar a **escala** sobre o luto antecipado.

Desejo-lhe um óptimo trabalho.

Atentamente e com os melhores cumprimentos,

Fabiana Almeida



Katherine Resendes <katherinelouiseresendes@gmail.com>
para mayrarmani ▾

sáb., 11 de mar. de 2023, 22:09 ☆ 😊 ↩ ⋮

Exma. Sr^ª. Dr^ª. Mayra Delalibera,

O meu nome é Katherine Louise Resendes Silva, sou Enfermeira e encontro-me neste momento a frequentar o Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Escola Superior de Saúde - Politécnico de Leiria. Estou presentemente a desenvolver um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, com o título: "Preparar, Superar a Perda e Viver!". O projeto tem como objetivo capacitar os profissionais de saúde a apoiar famílias que se encontram em processo de luto. Neste contexto e tendo conhecimento da sua tese de Mestrado, em que adaptou, traduziu e validou a escala para a população portuguesa do Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado – Prolonged Grief Disorder (PG-13), solicito a Vossa Excelência que autorize a sua utilização no trabalho que me proponho desenvolver.

Sem outro assunto de momento, despeço-me com os melhores cumprimentos,

Vila Franca do Campo, 11 de março de 2023,

Katherine Resendes



Mayra Armani Delalibera <mayrarmani@gmail.com>
para mim ▾

seg., 13 de mar. de 2023, 08:51 ☆ 😊 ↩ ⋮

bom dia Katherine,

Agradeço o contacto e parabéns pelo trabalho que está a desenvolver. É preciso mesmo dar a conhecer e capacitar os profissionais de saúde para acolherem e trabalharem com pessoas em luto. Tem a minha **autorização** para utilizar o PG-13. Envio o instrumento e os critérios de cotação. Gostava muito de conhecer os resultados do seu trabalho, faça-me chegar por favor os seus resultados.

Com os melhores cumprimentos,

Mayra Delalibera

Psicóloga, Mestre em Cuidados Paliativos, Doutora em Psicologia da Saúde

ANEXO IV

Consentimento Informado, Esclarecido E Livre Para Participação No Estudo De Investigação



ANEXO IV

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 do Investigador: Katherine Louise Resendes Silva (enfermeira na Equipa de Apoio Integrado Domiciliário, Unidade de Saúde Ilha - Ilha S. Miguel e estudante do Mestrado com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no Instituto Politécnico de Leiria).

Investigador Responsável: Professora Doutora Ana Querido (docente no Instituto Politécnico de Leiria).

Título do estudo: “Antecipar, Superar e Saber Viver a perda!” - Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica no Apoio às famílias no processo de luto: Estudo de caso.

Enquadramento: O presente estudo enquadra-se no âmbito do Relatório de Estágio do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, sob orientação científica da Professora Doutora Carlos Ana Querido.

Explicação do estudo: O presente estudo tem como objetivo melhorar o atendimento das famílias em processo de luto (antecipatório e efetivo) através da intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, reduzindo o risco de luto prolongado, facilitando a realidade da perda, através de estratégias de coping.

O estudo encontra-se dividido em 4 fases:

Fase 1 – Diagnóstico de Situação: identificação e caracterização dos participantes relativamente aos aspetos sociodemográficos e familiares em processo de luto com recurso questionário (apêndice I) e entrevista semi-estruturada (apêndice II). Serão

18



avaliadas as seguintes variáveis: variáveis socio demográficas: (idade; sexo; estado civil; grau de parentesco; tempo de doença; número de horas/semana dedicadas a doente; cuida/cuidou do familiar; se cuida do familiar-há quanto tempo? Data do falecimento do familiar? Tipo de relação com o doente/falecida). Dados qualitativos relativos ao processo de luto – aplicação de entrevista FIFE, genograma e ecomapa. Dados quantitativos em relação ao processo de luto: escala de avaliação de luto antecipatório - Marwit Meuser Caregiver Grief Inventory Short Form (Marwit & Meuser, 2005) e avaliação de risco de luto prolongado.

Fase 2 - Desenho e aplicação de intervenção de natureza psicoeducativa/psicoterapêutica de cariz individual (6 sessões. Cada uma com duração entre 45 e 60 minutos), tendo por base as necessidades identificadas, com recurso à visitação domiciliária e ao envio de cartas terapêuticas de reforço (enaltecer a família enlutada). A intervenção será estruturada em sete sessões, com base no cujo conteúdo será enriquecido com os resultados da fase 1 do estudo:

Sessão 0- Avaliação: Primeiro contacto formal com o familiar enlutado;

Sessão 1-Relação de Ajuda e clarificar os papéis dos intervenientes; orientar sobre a importância da participação ativa do familiar enlutado no processo de mudança.

Sessão 2-Explorar emoções. Devolver os resultados e explorar estratégias de coping,

Sessão 3- Promover o desenvolvimento de estratégias de coping delineadas do familiar enlutado (cartas terapêuticas à pessoa que faleceu ou em fase terminal de vida – necessidade de perdão; de gratidão; de enaltecimento; tributo prestado à pessoa que faleceu).

Sessão 4- Ajudar o familiar enlutado a examinar os recursos disponíveis para dar resposta ao seu problema e facilitar o seu processo de luto. Explorar o Genograma e Ecomapa.

Sessão 5- Pedir ao familiar enlutado para fazer uma síntese do percurso percorrido (Aceitar a realidade da perda; elaboração do luto após a perda; adaptar-se ao ambiente sem a pessoa amada e encontrar uma conexão com o falecido e continuar a viver).

Sessão 6- Encerramento. Avaliação da relação de ajuda formal que se conclui. Orientar para o follow-up.

Fase 3 – Avaliação do impacto da intervenção e medidas corretivas – reaplicação dos

19



instrumentos de avaliação do estado mental, avaliação do luto antecipatório ou risco de luto patológico após a conclusão da intervenção especializada, e avaliação da intervenção (questionário de satisfação – Apêndice II).

Fase 4 – Follow-up (1 mês após implementação do projeto) – reavaliação do estado mental e risco de luto patológico.

Condições e financiamento: O estudo não envolve qualquer tipo de financiamento.

Confidencialidade e anonimato: Aos participantes será explicada a sua participação no estudo, garantida a confidencialidade das informações fornecidas e solicitada a assinatura um termo de consentimento livre e esclarecido. A participação é voluntária. Poderão desistir a qualquer momento sem constrangimentos associados à recusa, designadamente no tipo/qualidade do apoio desenvolvido pela instituição prestadora de cuidados. Os participantes serão informados da previsível ausência de benefícios diretos e riscos associados. É garantida a privacidade de todos os dados fornecidos. O investigador estará disponível para esclarecer o participante, fornecendo para tal os contactos de email e telefone.

A entrevista será realizada, presencialmente, após o consentimento dos participantes. A sua realização está prevista no domicílio dos participantes, havendo abertura para escolherem outro local. Ao participante é conferido o direito ao anonimato, sendo que ao dar o seu consentimento informado, livre e esclarecido, a sua identidade não é revelada nem para o investigador nem para os leitores do estudo, e os dados fornecidos mantêm-se anónimos.

A entrevista FIFE inicial e final será gravada e codificada. O ficheiro de transcrição das entrevistas gravadas será guardado num computador do Politécnico de Leiria e será sujeito à política de proteção de dados da instituição.

Apenas os investigadores terão acesso aos dados da gravação das entrevistas e comprometem-se a garantir a confidencialidade dos mesmos.

Os documentos que não

Disponibilidade: Será assegurada toda a informação e assistência durante a sua participação, tendo acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o

20



estudo.

Dois meses após a conclusão do estudo, os ficheiros de gravação das entrevistas serão destruídos

Este estudo, respeita a Lei n.º 21/2014, de 16 de abril que aprova a investigação clínica. O responsável pelo cumprimento de todas as obrigações legais em conformidade com RGPD é o encarregado da Proteção de Dados e responsável pelo RGPD do Politécnico de Leiria, disponível através do email dpo@ipleiria.pt.

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.

Katherine Louise Resendes Silva

Enfermeira de Cuidados Gerais na Equipa de Apoio Integrado ao Domicílio (Unidade de Saúde Ilha de S. Miguel)

Contacto telefónico - 963477228

E-mail – katherinelouiseresendes@gmail.com



Assinatura de quem pede consentimento:

Consentimento do participante

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar no estudo “Antecipar, Superar e Saber Viver a perda!” - Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica no Apoio às famílias no processo de luto (antecipatório e efetivo) sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para fins científicos e publicações que delas decorram e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:..... Data: /..... /.....