



## **o UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

# **A Importância da Literacia em Doença Mental do Idoso para a Sobrecarga do Familiar Cuidador**

**Madalena Sofia Rodrigues dos Santos**

Orientação: Prof<sup>o</sup> Doutor Jorge Salvador Pinto de Almeida

**Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Évora, 2018



## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

# **A Importância da Literacia em Doença Mental do Idoso para a Sobrecarga do Familiar Cuidador**

**Madalena Sofia Rodrigues dos Santos**

Orientação: Prof<sup>o</sup> Doutor Jorge Salvador Pinto de Almeida

**Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Évora, 2018

## **DEDICATÓRIA**

Às minhas filhas, aos meus pais e irmão por todo o apoio e suporte incondicional.

## **AGRADECIMENTOS**

Este foi sem dúvida um trabalho muito pessoal, porém, a sua concretização não seria possível sem a disponibilidade, apoio e estímulo dos familiares, amigos e colegas. Nomear a todos seria difícil e correria o risco de me perjurar na importância que cada um teve nesta caminhada. Por isso o meu agradecimento vai para todos.

Não obstante, há alguns, cuja presença se manifesta com mais intensidade neste processo de crescimento pessoal e intelectual.

Ao meu Orientador de estágio Enf. Joaquim Carvalho por todos os momentos de aprendizagem que me proporcionou, amizade e pelo apoio incondicional.

Ao Professor Jorge Almeida, por me ter orientado e pela disponibilidade demonstrada.

Ao Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, na pessoa da Enfermeira Chefe Ângela Viegas.

À Enf. Cláudia pela amizade.

À minha família pelo incentivo constante, paciência e infinita compreensão pelos muitos momentos de ausência.

Às minhas Filhas um beijo especial e o meu obrigado por estarem sempre do meu lado mesmo quando o trabalho apertava e eu reclamava com elas.

À “minha” Luísa e amiga Júlia pelo carinho e apoio.

À minha colega de curso Mila, pela amizade e caminho que fizemos juntas.

Aos familiares que aceitaram conhecer e melhor compreender a doença dos seus, e quiseram eles próprios ter a oportunidade de uma vida melhor.

Muito Obrigado

## RESUMO

Este relatório pretende descrever e analisar de forma crítica e reflexiva a execução das atividades realizadas no estágio final bem como as competências mobilizadas e adquiridas com a nossa intervenção.

Tomando por base a análise da atual literatura sobre a importância da literacia em saúde mental e sua relação na sobrecarga do familiar cuidador do idoso com doença mental tentou-se perceber as necessidades dos cuidadores familiares, a relação entre o grau de literacia em saúde mental e os níveis de sobrecarga apresentados.

O assumir do papel de cuidador familiar leva a um aumento da sobrecarga, dadas as tarefas que passam a desempenhar, a perceção que passam a ter da doença e, por último, das interferências que estes problemas causam nos variados domínios da vida pessoal, provocando problemas a nível físico, psicológico, emocional, social e económico.

Assim, sugere-se a psicoeducação como forma de promoção da qualidade de vida do cuidador familiar.

**Palavras Chave:** Enfermagem de Saúde Mental, Familiar Cuidador, Sobrecarga do Cuidador, Literacia em saúde.

## **ABSTRACT**

### **The importance of literacy in mental illness of the elderly to the Burden of the family caregiver**

This report intends to describe and analyze in a critic and reflexive way the execution of the activities made in the final internship as well as the skills obtained with our intervention.

Based on the analyses of the actual literature about the importance of the literacy in mental health and it's connection on the burden of the caregiver of the elderly with mental illness, we tried to understand the needs of the family caregiver, the relation between the level of literacy in mental health and the levels of burden presented.

Taking the role of family caregiver leads to an increase of burden, due to the tasks that may be played, the perception about the disease and, at last, the interference that these problems may cause on the multiple personal life domains, leading to physical, psychological, emotional, social and economic problems.

So, we suggest the psychoeducation to promote the quality of life of the family caregiver.

**Keywords:** Mental Health Nursing; Family Caregiver; Caregiver Burden; Health Literacy.

## **ÍNDICES FIGURAS**

Figura 1-Pirâmide etária da população Portuguesa .....	25
Figura 2-Processo que leva o familiar a assumir o cuidar .....	30
Figura 3- Modelo Conceptual da Literacia em Saúde .....	38

## **ÍNDICE GRÁFICOS**

Gráfico 1-Aplicação da escala de sobrecarga do cuidador.....	53
--	----

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**cit.** – Citado

**ed.** – Edição

**et al** – e outros

**Disp.** – Disponível

**Idem** – do mesmo autor a que se refere a última nota

**p.** – Página

**pág.** – Página

## **SIGLAS**

**CHBM** – Centro Hospitalar Barreiro/ Montijo

**DPSM** – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

**ESC** – Escala de Sobrecarga do Cuidador

**EEESMP** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica

**ESMP** – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**FC** – Familiar Cuidador

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**UICDP** – Unidade de Internamento de Curta Duração de Psiquiatria



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	12
1- CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE INTERVENÇÃO .....	20
2- ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	24
2.1 – Envelhecimento .....	24
2.1.1 – Aspetos demográficos .....	24
2.1.2 - Contextualização do processo de envelhecimento .....	26
2.1.3 – Autonomia e dependência no envelhecimento .....	27
2.2 – Familiar Cuidador .....	29
2.2.1 – O Perfil e papel do familiar cuidador .....	30
2.2.2 – Necessidades e dificuldades do familiar cuidador.....	32
2.2.3 – Sobrecarga do familiar cuidador do idoso com doença mental.....	33
2.3 – Literacia.....	36
2.3.1 – Literacia em saúde.....	37
2.3.2 – Literacia em saúde mental.....	40
2.4 - Fatores Determinantes na Diminuição dos Níveis de Sobrecarga dos Familiares Cuidadores dos Idosos com Dependência Mental.....	42
2.4.1 - Escala da sobrecarga do cuidador de ZARIT.....	42

3 – IMPLEMENTAÇÃO DE INTREVENÇÕES .....	44
3.1 – Questões Éticas .....	44
3.2 - Objetivos .....	45
3.3 - Metodologia .....	45
3.4 - Instrumentos e Recolha de Dados .....	46
3.5 - Tratamento de Dados .....	47
3.6 - Processo de Avaliação Diagnóstica, Intervenção e Análise.....	48
3.7- Descrição dos Participantes .....	48
3.7.1 – Caracterização geo-demográfica .....	48
3.7.2 – Recrutamento dos participantes.....	50
3.7.3 – Caracterização do Familiar cuidador e Pessoa Dependente .....	51
3.8 - Análise dos Dados.....	52
3.9 - Intervenções Desenvolvidas.....	54
4 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS .....	56
5 – REFLEXÃO FINAL.....	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	70
ANEXOS.....	79

ANEXO I .....	80
ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR .....	80
ANEXO II .....	83
CONSENTIMENTO INFORMADO.....	83
ANEXO III.....	85
GUIÃO DA ENTREVISTA.....	85
ANEXO IV.....	90
ARTIGO.....	90

## INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus – Universidade de Évora, com área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), no 3º Semestre, Estágio Final, foi proposta a elaboração de um relatório de estágio com o objetivo geral de descrever as aprendizagens realizadas ao longo do curso e dos dois estágios efetuados de forma a adquirir competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Os objetivos deste relatório visam:

### **Objetivo Geral**

- Analisar de forma crítica e reflexiva a execução das atividades realizadas no estágio final bem como as competências mobilizadas e adquiridas com a nossa intervenção.

### **Objetivos Específicos**

- Descrever as atividades realizadas no estágio.
- Descrever as necessidades dos cuidadores familiares
- Realçar a relação entre o grau de literacia em saúde mental e os níveis de sobrecarga apresentados.

Neste enquadramento é fundamental refletir sobre a prática e na prática, sendo o relatório o instrumento ideal para reunir os aspetos mais importantes no processo de aprendizagem e de crescimento pessoal e profissional.

Para Shiefer et al, (2006, p. 184):

“A elaboração de um relatório final de projeto constitui, um aspeto fundamental na transmissão de informação, sendo assim um requisito obrigatório na realização de um projeto, ainda segundo o mesmo autor, a principal vantagem da realização do relatório, reside em permitir sistematizar, organizar e interpretar, grandes quantidades de informação sob forma de síntese, transmitindo não só a informação como a sua conversão em conhecimento.” (cit. por Assenhas et al., 2010, p.32).

Já segundo Casanova (2008), o relatório é uma exposição escrita objetiva do que se observou, viu e analisou e tem como objetivo comunicar as atividades desenvolvidas numa determinada área, ou seja, é uma síntese de toda a ação desenvolvida.

Este relatório reúne todos os aspetos que considerámos como sendo importantes no processo de aprendizagem, de crescimento pessoal e profissional, assumindo-se como um instrumento reflexivo com recurso à metodologia descritiva.

O Estágio final mencionado foi realizado no serviço de internamento de agudos do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE, que decorreu de 19 de setembro de 2017 a 26 de janeiro 2018.

Tivemos como parceiros neste percurso o Professor Doutor Jorge Almeida enquanto docente orientador e como supervisor clínico o Enfermeiro Joaquim Carvalho, Especialista e Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Num primeiro momento de estágio, que também decorreu neste serviço, confirmámos a existência de um número elevado de utentes idosos internados, que no domicílio, antes do internamento, eram cuidados por familiares que de novo iriam assumir esse papel de familiar cuidador após a alta. Tivemos oportunidade de verificar também que boa parte desses familiares se sentiam desamparados, cansados e desmotivados por se encontrarem nessa situação.

Assim, passámos à ação identificando as necessidades dos familiares cuidadores de utentes idosos portadores de doença mental, avaliando o nível de sobrecarga em que se encontravam, o seu grau de literacia em saúde mental e conhecimentos específicos da doença do seu familiar, e, conseqüentemente, contribuir para a adequação das intervenções de Enfermagem Especializada relativamente às necessidades demonstradas.

O enfermeiro de saúde mental ajuda o indivíduo e família a manter, melhorar ou recuperar a saúde na medida em que foca as suas intervenções na promoção, prevenção e na intervenção perante as respostas humanas desajustadas aos processos de transição geradoras de sofrimento ou doença mental (Ordem dos Enfermeiros – (OE), 2011).

Vários estudos demonstram que o sofrimento dos familiares do doente mental constitui uma dimensão de elevado valor a considerar por viverem constantemente num ambiente que exerce influência no funcionamento e saúde da família. Além disso, as famílias do doente mental

são reconhecidas como intervenientes concretos nos cuidados, daí o cuidado que lhes deve ser dispensado porque “quem cuida necessita ser cuidado” (Souza & Scatena, 2005), devido à complexidade das questões relacionadas com doença mental que afetam as pessoas como um todo, na sua individualidade, na sua relação com os outros e com o meio envolvente.

É importante admitir que com o aparecimento da doença mental a família precisa de ajuda para lidar com a culpa, a sobrecarga, o pessimismo e o isolamento social, que surgem do sofrimento que a convivência com a doença confere, tanto para eles quanto para a pessoa que adoece (Souza & Scatena, 2005). As constatações expostas só por si constituem motivações para o estudo, não só do doente, como tradicionalmente se verifica, mas também da família.

A nível europeu, na sequência do “Relatório Mundial de Saúde - Saúde Mental 2001”, foi elaborado um plano mundial para a saúde mental prevendo-se a criação e implementação de uma estratégia que contemple o intercâmbio e a cooperação entre os Estados-Membros, o reforço e coerência das ações realizadas no âmbito de políticas diferentes e o lançamento de uma plataforma que envolva todas as partes interessadas no programa. O documento contempla medidas para a saúde mental na União Europeia relativas à promoção da saúde e à prevenção da doença mental (Comissão Comunidades Europeias, 2005).

Cada família que coabita com a doença mental vive essa experiência de uma forma única e constitui sempre um momento crítico do seu ciclo de desenvolvimento. É necessário encontrar soluções para a ajudar a repor o seu equilíbrio emocional. É essencial ir-se ao encontro destas pessoas para que sejam elas a manifestarem o que pensam e como convivem com a situação no dia-a-dia.

É ouvindo os familiares que compreendemos melhor o seu desgaste físico e emocional, causado pela convivência com a pessoa doente, e que permitirá a planificação de cuidados de enfermagem especializados com regularidade capazes de darem resposta ao que a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (CNRSSM), na Proposta de Plano de Ação 2007/2016, propõe, ou seja “integrar um conjunto diversificado de unidades e programas (...) de modo a assegurar uma resposta efetiva às diferentes necessidades de cuidados das populações” (CNRSSM, 2007).

Aceitar e compreender a doença mental passa por aceitar a individualidade de cada ser humano. Para isso é necessário atentarmos que a convivência da família com o doente mental é muitas vezes sujeita a vários conflitos, num espaço onde as emoções estão fora do controlo

individual e a forma de estar com os outros nas suas relações interpessoais passam por grande diversidade devido à forma como compreendem os factos e as formas de viver em sociedade.

Atentar a família como unidade de cuidados e esperar que assuma o papel de cuidadora nos momentos de doença de algum dos seus membros, requer que possua equilíbrio e bem-estar, pois para exercer esse papel precisa de adotar estratégias e adquirir competências para saber lidar com as situações adversas advindas das dificuldades que enfrentam com a realidade da doença mental.

O familiar cuidador desempenha um conjunto de tarefas no quotidiano que necessitam de conhecimento e treino, tais como atividades de vida diárias, resolução de problemas, tomada de decisão, atividades que requerem competências comunicativas e organizacionais, entre outros cuidados antecipatórios e de vigilância (Schumacher, Beck e Marren, 2006).

Neste papel de cuidador familiar a prestação de tarefas complexas de cuidar implica uma sobrecarga física, psicológica, emocional e socioeconómica. Neste método de cuidar, os familiares cuidadores experienciam várias complicações às quais se associam um conjunto de necessidades, tais como: alterações do sono, fadiga, coping familiar comprometido, processos familiares disfuncionais, entre outros (Ferré-Grau, et al., 2008). Logo, os familiares cuidadores precisam de ser instruídos, treinados e preparados no sentido de atuar com segurança e maior qualidade quando cuidam.

De acordo com Sequeira (2010), o familiar cuidador deve desenvolver três áreas de competências: o saber-saber, o saber-fazer e o saber-ser. Assim, ao adotar o papel de cuidador, a pessoa deve desenvolver, em primeiro lugar, o saber-saber. Isto é, deve saber “(...) como aprender, como adquirir e/ou desenvolver o conhecimento.” (Sequeira, 2010, p.174).

O familiar cuidador deve ter e desenvolver capacidades cognitivas relacionadas com o conhecimento e a informação relativa à doença e às estratégias de cuidar da pessoa doente, que lhe permitam sentir-se o mais à vontade possível nas variadas atividades do dia-a-dia. O familiar que cuida deve estar apto para diversas tarefas, necessitando sempre do máximo apoio possível de um cuidador formal e, por isso, é fundamental que familiares cuidadores e cuidadores formais funcionem em conjunto.

Alguns estudos efetuados com famílias para avaliar a sobrecarga familiar, experiências vividas com a presença de doença mental num membro da família e o apoio que os familiares

sentem dos profissionais de saúde, têm demonstrado que as famílias muitas vezes não sabem como resolver os seus problemas frequentemente por desconhecerem a doença mental e sistemas de apoio comunitário a que possam recorrer (Amaral e Durman, 2004; Colvero et al., 2004).

Segundo Gonçalves-Pereira, et al, (2006) o papel do enfermeiro torna-se crucial no acompanhamento destas famílias e por conseguinte dos utentes que sofrem de doença mental, quando este os ajuda a lidar com os problemas do seu dia-a-dia, a providenciar uma rede de suporte social, a reduzir os níveis elevados de sobrecarga e a saber mais sobre a patologia.

Temos aqui, que a adoção do papel de cuidador familiar implica um bom nível de literacia conquanto possam vir a ficar comprometidas as aprendizagens necessárias para o desenvolvimento dessa atividade, com consequentes más experiências por falta de aprendizagens, quer no uso inadequado de cuidar dos outros quer de si próprio.

Para a UNESCO, citada no portal da DGS (2003):

“Literacia é a capacidade para identificar, compreender, interpretar, criar, comunicar e usar as novas tecnologias, de acordo com os diversos contextos. A Literacia envolve um processo contínuo de aprendizagem que capacita o indivíduo a alcançar os seus objetivos, a desenvolver os seus potenciais e o seu conhecimento, de modo a poder participar de forma completa na sociedade”.<sup>1</sup>

Assim sendo a sobrecarga do cuidador familiar e a literacia em saúde mental tomaram especial relevo no estágio final. Neste sentido, objetivamos, com a implementação do projeto, ajudar o cuidador familiar a alterar comportamentos e atitudes que conseguissem traduzir-se num aumento da resiliência deste, no sentido de reduzir a sobrecarga advinda da vulnerabilidade adquirida por cuidar do familiar idoso com doença mental, capacitando-o e/ou ajudando-o a encontrar estratégias que minimizem o risco de ele próprio vir a adoecer mentalmente.

Segundo Brito (2006) parece ser fundamental desenvolver intervenções junto das famílias que conduzam a mudanças no comportamento e que permitam um treino continuado de formas de lidar com os aspetos específicos da doença, pois a própria família necessita de tempo para efetivamente alterar as suas atitudes. Pelo que se pode asseverar que a participação do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica é crucial na avaliação, planeamento e implementação de intervenções para alterar comportamentos e atitudes que se possam traduzir em mudança para

---

<sup>1</sup> in <http://www.dgs.pt/>



os grupos familiares, no sentido de reduzir a sobrecarga do cuidador familiar através de estratégias para fazer face às dificuldades encontradas com a presença da doença mental, alterando a forma de estar na comunidade, com mais e melhor saúde mental.

Para permitir uma leitura organizada e sistematizada, este relatório está dividido em cinco partes principais. A primeira, onde é feita a caracterização do local onde decorreu esta intervenção. É feita uma alusão não só aos aspetos físicos, mas também aos recursos humanos e respetivo funcionamento.

Numa segunda parte é feito o enquadramento teórico, onde se apresentam temas como o conceito de cuidador familiar, partindo duma perspetiva de que cuidar é algo intrínseco à natureza humana e implicando sempre a presença de duas pessoas, uma que cuida outra que é cuidada.

Neste caso concreto estabelece-se o familiar cuidador como sendo aquele que no domicílio dá continuidade à prestação de cuidados. Faz todo o sentido, então, que aqui se abordem as competências do familiar cuidador, suas dificuldades e problemas. Finalmente abordar o que caracteriza e conceptualiza a Psicoeducação, enquanto modalidade de intervenção psicoterapêutica, passível de ser posta em prática pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica com o objetivo de aumentar a literacia em saúde mental do cuidador familiar.

Pretende-se, também, com este relatório, fornecer alguns contributos para um melhor conhecimento das vivências e sentimentos da família do idoso com doença mental, para que esta possa ajudar a transformar as situações de crise em oportunidades de desenvolvimento, ajuda mútua e compreensão.

Na terceira parte é feita a apresentação da implementação das intervenções, fazendo referência as questões éticas, objetivos, metodologia utilizada, instrumento de recolha e tratamento de dados e processo de avaliação diagnóstica. É feito também a descrição dos participantes e por último a análise dos dados obtidos. Faz-se ainda uma abordagem à perspetiva de outros autores no sentido de obter contributos que consolidem os nossos objetivos de ajuda ao familiar cuidador da pessoa com doença mental, onde são abordados alguns conceitos fundamentais para a nossa intervenção

Na quarta parte faz-se uma análise reflexiva sobre as competências mobilizadas e adquiridas. Relativamente ao desenvolvimento de competências deu-se primazia às de ordem

relacional e comunicacional, pois segundo (Coelho, 2010) quanto mais o enfermeiro desenvolver a suas capacidades de comunicação e observação melhores resultados obterá na sua intervenção.

Afonso (2010) refere também que a psicoeducação tem como objetivo melhorar a compreensão da doença pelos doentes e pela sua família e deve ser vista como parte do tratamento.

Nesta perspetiva a psicoeducação é:

“Um conjunto de abordagens orientadas por dois vetores: ajudar os doentes e seus familiares a aprender o que precisam sobre a doença mental e a dominar novas formas de lidar com ela e com os problemas do quotidiano; reduzir o stress familiar e providenciar suporte social e encorajamento, permitindo um enfoque no futuro mais do que um remoer mórbido do passado” (Gonçalves-Pereira et al., 2006, p.2).

Por último, uma reflexão final, suportada num *continuum* formativo e reflexivo a nível profissional e pessoal.

Este relatório foi elaborado utilizando uma metodologia descritiva, reflexiva e analítica apoiada na Norma Portuguesa de Apresentação de Trabalhos Escritos (NP 405). Para fundamentar teoricamente este trabalho foi utilizado o método de revisão bibliográfica, já que esta serve para obter determinados dados em publicações e trabalhos sobre um determinado tema. Efetivamente a pesquisa bibliográfica não é apenas a repetição do que já foi dito ou escrito, mas sim a possibilidade de analisar esse mesmo tema sob outro prisma ou abordagem, podendo obter novas conclusões (Lakatos et al 2006).

A pesquisa bibliográfica foi assim realizada em bibliotecas digitais de diversas universidades portuguesas, em bases de dados tais como EBSCO, RCAAP e B-ON no intervalo de tempo de 2007-2017, de trabalhos científicos que abordaram a temática da literacia em saúde, literacia em saúde mental e a sobrecarga do familiar cuidador ao idoso com doença mental.

Para a concretização da pesquisa efetuada e que suporta este trabalho foi estabelecido um horizonte temporal de quatro meses (outubro 2017 a janeiro de 2018), sendo que este período contemplava o desenho de um projeto de intervenção e sua implementação, a análise dos resultados obtidos e a elaboração deste trabalho final. A referida pesquisa incidiu particularmente sobre três grandes áreas temáticas: familiar cuidador, literacia em saúde e sobrecarga do familiar cuidador.

O trabalho agora apresentado não é um fim em si mesmo, é antes um instrumento de trabalho que permitirá delinear as ações mais adequadas à intervenção especializada da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica com os familiares cuidadores de idosos com doença mental com o intuito de diminuir a sua sobrecarga pelo fato de se encontrarem nesse papel.

É este o nosso trabalho, a ele são dedicadas as próximas páginas que se pretendem claras e sucintas, mas repletas de intencionalidade.

## 1- CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE INTERVENÇÃO

No contexto dos ensinamentos clínicos realizados, sempre achamos indispensável o conhecimento do meio natural no qual se inserem, devendo este contribuir para aumentar as oportunidades de intervenções nas áreas a desenvolver. Assim, será de considerar que “O desenvolvimento da pessoa é possível desde que beneficie de um ambiente humano e físico apropriado” Chalifour (2008, p. 48).

Assim, o local escolhido para a realização do estágio Final foi o serviço de internamento de agudos do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Barreiro - Montijo, EPE.

Esta unidade hospitalar foi inaugurada a 18 de janeiro de 1959 e operou, orientada pela Santa Casa da Misericórdia, durante cerca de 30 anos, com 115 camas. Passou a Hospital Distrital a partir de um projeto elaborado pelo grupo de programação de hospitais, realizado no ano de 1975 e aprovado no ano seguinte. A construção do atual hospital foi iniciada em 1980.

No dia 2 de setembro de 1985, o Hospital Distrital do Barreiro começou a funcionar com consulta externa somente em algumas especialidades.

A 17 de setembro, abriram três serviços de internamento (Medicina, Cirurgia e Especialidades Médicas e Cirúrgicas) e no dia 30 do mesmo mês abriu o serviço de Urgência. Foram então transferidos todos os serviços do antigo Hospital do Barreiro, iniciando-se o seu funcionamento em pleno, no novo edifício, com cerca de 500 camas.

Em setembro de 1995, a sua designação foi alterada para Hospital Nossa Senhora do Rosário, por despacho do Ministro da Saúde. Em 2002 o Dec. Lei nº 299/2002 transformou a instituição numa sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos, e em 2005 foi transformado em entidade pública empresarial, pelo Dec. Lei nº 233/2005, passando a ser designado Hospital Nossa Senhora do Rosário, EPE.

É um Hospital Geral com 35 valências clínicas e, tal como se pode ler no endereço eletrónico oficial do Centro Hospitalar<sup>2</sup>, presta assistência a nível de Internamento, Consulta

---

<sup>2</sup> <http://www.chbm.min-saude.pt/centro-hospitalar/historia> em: 06 out 2017.

Externa, Urgência, Hospital de Dia e Assistência Domiciliária, assegurando praticamente todos os meios complementares de diagnóstico e terapêutica daí decorrentes.

Com uma área de influência que engloba os concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete, a instituição serve uma população de mais de 213 mil habitantes de acordo com o Censo de 2011 (INE,2012).

Quanto à Visão, Missão e Valores desta instituição, evidencia-se como grandes objetivos a melhor prestação de cuidados possível, sendo que objetiva ser uma instituição de excelência para a comunidade e uma referência a nível nacional, assegurando cuidados de saúde ao nível da “educação, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo a qualidade e a equidade aos cidadãos numa perspetiva de eficiência e melhoria contínua” com suporte em valores institucionais como o profissionalismo, humanismo, inovação, rigor, eficiência e Responsabilidade<sup>3</sup>.

Para tal, promove de forma sistemática a satisfação dos utentes, dos profissionais e da comunidade, respeitando o ambiente e procurando sinergias com outras instituições.

Relativamente ao Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, neste momento, está constituído, essencialmente, por duas valências: o Internamento e a Consulta Externa. O primeiro além dos quartos e enfermarias engloba uma Unidade de Internamento de Curta Duração, a consulta externa um espaço dedicado à Terapia Ocupacional, que, outrora, constituía uma unidade independente, se assim se pode dizer. Esta incorporava o Hospital de Dia da Psiquiatria, encerrado em 2009 por questões organizacionais.

O serviço de Internamento encontra-se no 2º andar do hospital e tem capacidade para receber 24 doentes distribuídos por cinco enfermarias de 3 camas, três de 2 camas e três quartos individuais. A UICDP tem capacidade para 4 doentes, que se alojam em macas e está equipada com instalações sanitárias próprias.

Dado o espaço limitado desta Unidade, esta tem regras e normas muito específicas e exigentes, mas que não influenciam a qualidade dos cuidados prestados. Ou seja, rege-se pelas mesmas normas que o Serviço de Urgência, não sendo permitido o uso ou posse de qualquer pertence próprio; as visitas são limitadas a duas pessoas, uma de cada vez num período máximo

---

<sup>3</sup> Idem

de 10 minutos entre as 17h até às 19h. Os doentes não podem sair da unidade, nem fazer uso de tabaco. Em cada turno está escalado um enfermeiro especificamente para prestar cuidados aos doentes ali internados, ainda que conte com a colaboração dos enfermeiros do internamento em casos de necessidade.

O empenho e dinamismo dos profissionais que formam a equipa multidisciplinar são as peças elementares para o bom funcionamento do serviço, e que de forma articulada e planeada contribui para a resolução das situações de crise, mas também visando a promoção da saúde, prevenção da doença e a continuidade dos auxílios e cuidados ao utente e à estrutura familiar.

Este departamento presta assistência a clientes com as mais variadas patologias do foro psíquico: psicoses, distúrbios bipolares, depressão, dependências e doenças aditivas, tentativas de suicídio e comportamentos para-suicidários, doenças do comportamento alimentar, etc. Destas patologias destaca-se um fator comum: a necessidade de uma reabilitação psicossocial através de uma continuidade dos cuidados na comunidade.

Para (Hesbeen, 1998) neste tipo de doentes as necessidades gerais do doente só podem obter resposta através de um trabalho de equipa que é composta por: - 1 Médico diretor de serviço, que neste caso é uma médica psiquiatra e por uma enfermeira chefe que é responsável pela gestão da equipa de enfermagem e pela gestão do serviço relativamente a materiais e questões de cariz administrativo.

A coordenação da formação em serviço no departamento está a cargo de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental; - 25 Enfermeiros, dos quais 12 são Especialistas, 2 Mestres em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e um Mestre em Ecologia Humana e terapeuta familiar; - 5 Médicos Psiquiatras; - 8 Internos de psiquiatria; - 9 Assistentes Operacionais que prestam apoio direto à equipa de enfermagem, sendo que um está na consulta externa; - 1 Dietista que apoia e se desloca ao serviço quando solicitada pela equipa de enfermagem; - 1 Assistente Social em tempo parcial; - 4 Secretárias de Unidade (2 no internamento, 2 na Consulta externa); -1 Terapeuta Ocupacional.

O método de trabalho de enfermagem implementado centra-se no método individual, em que, para cada turno são distribuídos os doentes tendo em conta o número de enfermeiros escalados para o turno. A equipa de enfermagem fica dividida da seguinte forma, dois enfermeiros no serviço de internamento, onde cada um fica responsável por metade dos doentes internados e o terceiro enfermeiro fica na UICD, tal como referido anteriormente.

Desta forma o serviço está organizado para dar à população abrangida as respostas mais adequadas às suas necessidades em cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

## 2- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No desenvolvimento deste relatório surgiu a necessidade de aprofundar e desenvolver alguns conceitos como o envelhecimento, familiar cuidador e literacia. Foi indispensável também abordar os fatores determinantes na diminuição dos níveis de sobrecarga dos familiares cuidadores dos idosos com dependência mental.

### 2.1 – Envelhecimento

Segundo a OMS (1985), citada por Santos (2000), é-se considerado idoso quando se atinge a idade cronológica de 65 anos. O idoso é marcado por diversas alterações físicas, sociais e psíquicas. A idade biológica está associada às capacidades funcionais do organismo, enquanto a idade psicológica engloba as capacidades cognitivas e afetivas que o indivíduo possui para se adaptar ao meio ambiente. Por último, acrescenta a idade social que se refere aos papéis sociais.

#### 2.1.1 – Aspetos demográficos

Alfred Sauvy (1928) apresentou a noção de envelhecimento demográfico pela primeira vez no contexto de um estudo apresentado em, definindo o envelhecimento demográfico como sendo o aumento da proporção das pessoas idosas na população total. E é sobretudo a partir da segunda metade do século XX que emerge este novo fenómeno nas sociedades desenvolvidas (Hortelão, 2003).

Costa (1999) refere que as variações demográficas, de entre as quais destacamos o envelhecimento da população, têm provocado na sociedade contemporânea transformações profundas, tanto a nível económico, como social, representando aquilo que os epidemiologistas designam como “transição demográfica”. Esta “transição demográfica” delimita-se, portanto, pela descida progressiva das taxas de mortalidade, aumento da esperança de vida, bem como pela descida das taxas de natalidade.

Segundo o INE (2015) o envelhecimento demográfico traduz alterações na distribuição etária de uma população revelando uma maior proporção de população em idades mais avançadas.



É resultado dos processos de declínio da natalidade e de aumento da longevidade e é entendida internacionalmente como uma das mais importantes inclinações demográficas do século XXI.

Ainda em concordância com os dados do INE (2015), a proporção mundial de pessoas com 60 e mais anos de idade aumentou e espera-se que continue a aumentar, podendo atingir 21,1% em 2050. Também as projeções das Nações Unidas indicam que o número de pessoas com 60 e mais anos de idade passe para mais do dobro, de 841 milhões de pessoas em 2013 para mais de 2 mil milhões em 2050, e o número de pessoas com 80 e mais anos de idade poderá mais do que triplicar, atingindo os 392 milhões em 2050.

Segundo ainda dados estatísticos do INE (2017) mantêm-se o agravamento do envelhecimento demográfico em Portugal, que só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos. Já entre 2015 e 2080, de acordo com o panorama central de projeção desta entidade:

- Portugal perderá população, dos atuais 10,3 para 7,5 milhões de pessoas, ficando abaixo do limiar de 10 milhões em 2031.
- O número de idosos passará de 2,1 para 2,8 milhões.
- Face ao decréscimo da população jovem, a par do aumento da população idosa, o índice de envelhecimento mais do que duplicará, passando de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens, em 2080.
- O índice de envelhecimento só tenderá a estabilizar na proximidade de 2060, quando as gerações nascidas num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações já se encontrarem no grupo etário 65 e mais.

Os dados do U.S. Census Bureau permitem fazer uma análise prospetiva face ao crescimento da população portuguesa num horizonte temporal até 2050.

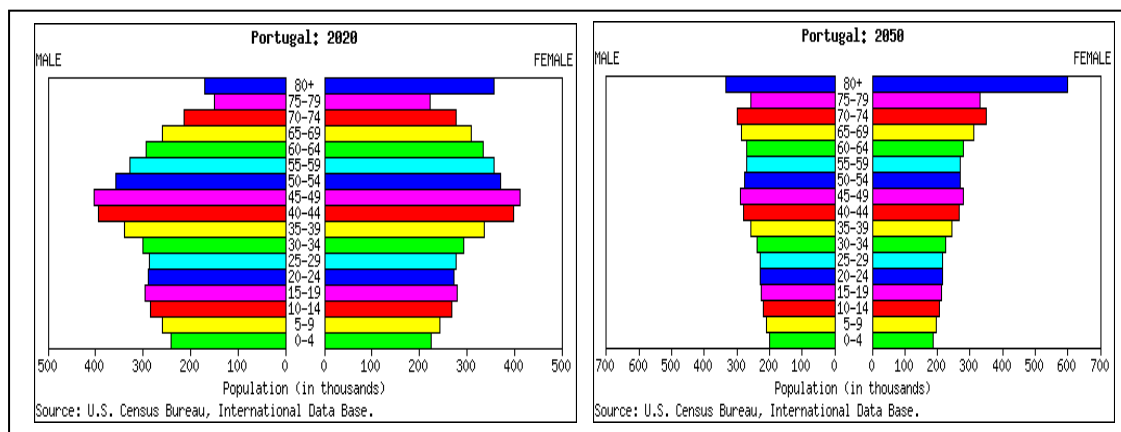


Figura 1-Pirâmide etária da população Portuguesa: 2020 – 2050 – Fonte: U.S. Census Bureau, internacional data base.

De acordo com a leitura da imagem que consta na figura 1, verifica-se um agravamento do panorama do envelhecimento, com graves consequências económicas e sociais. Por outro lado e segundo Sequeira (2010), constata-se que pessoas com mais de 65 anos têm pelo menos uma doença crónica do foro médico e vários problemas concomitantes.

Associado a estes fatores temos o índice de dependência que apresenta perspectivas de aumento nos próximos anos, atingindo em 2050 os 57,8% o que significa que metade dos idosos se encontrarão numa situação de dependência, como escreve o mesmo autor.

### 2.1.2 - Contextualização do processo de envelhecimento

O envelhecimento constitui um processo dinâmico, natural, progressivo e irreversível que ocorre desde o nascimento até à morte (Sequeira 2010).

Este autor (2010) refere que o envelhecimento biológico segundo McArdle, Katch e Katch, (1998), é caracterizado pela diminuição da taxa metabólica, em consequência da redução das trocas energéticas do organismo, verificando-se uma diminuição acentuada da capacidade de regeneração da célula, o que leva ao envelhecimento dos tecidos. Ainda segundo o mesmo autor a senescência tem início com alterações no aspeto exterior, com a chegada de cabelos brancos, lentificação progressiva dos movimentos, alterações do equilíbrio, diminuição da força muscular, diminuição da velocidade de reação, alterações emocionais e alterações cognitivas, sendo estas mais subjetivas.

No processo de envelhecimento a decadência de alguns sistemas sensoriais vai condicionar o contato com o meio ambiente e dificultar as ações diárias, sendo de destacar os órgãos dos sentidos, visão e a audição. A diminuição da acuidade visual e auditiva consiste num problema acrescido, quer para a prestação de cuidados, quer para o estabelecimento da relação entre o familiar cuidador e o idoso com ou sem demência (Sequeira, 2010).

A nível psicológico, avalia-se o equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo de modo a minimizar as perdas associadas ao processo de envelhecimento, dependendo dos fatores patológicos, genéticos, ambientais e socioculturais em que se encontra inserido e da forma como se organiza no seu projeto de vida (Sequeira, 2010).

Nesta perspetiva do envelhecimento populacional, a Qualidade de Vida assume uma importância vital, na qual a satisfação e o bem-estar psicológico estão associados ao envelhecimento bem-sucedido (Neri, 1999).

Para Sequeira (2007), a forma como cada um se vê e se sente inserido, tem particularidades que são fundamentais na sua interação com o meio em que vive e na aquisição da qualidade de vida desejada. Deste modo, a história de vida, o sistema de valores e contexto social são fatores determinantes para um envelhecimento bem-sucedido.

Paralelamente às modificações biológicas e psicológicas, o envelhecimento é acompanhado de algumas modificações nos papéis sociais. Esta mudança de papéis “não é necessariamente sentida pelo sujeito como algo negativo, que acarreta inevitavelmente estados de tristeza e insatisfação com a vida” Figueiredo (2007), mas exige a capacidade de ajustamento e adaptação a uma nova situação.

Segundo Freitas et al (2006) nem todos envelhecem da mesma maneira, mas existem aspetos comuns nesta fase da vida, como o nascimento dos netos, a reforma, a viuvez, a partida de familiares e amigos, os problemas de saúde e ainda o convívio com gerações cada vez mais novas que nem sempre veem a velhice com bons olhos.

Os idosos, nesta fase do ciclo de vida, são alvo de alterações a nível dos papéis a desempenhar, no seio familiar, laboral e ocupacional, verificando-se uma tendência para diminuir de uma forma progressiva, de acordo com a idade, ficando mais comprometida quando estes apresentam algum tipo de dependência de terceiros.

### 2.1.3 – Autonomia e dependência no envelhecimento

De acordo com a OMS (1985), citado por Imaginário (2004), o conceito de saúde não é apenas a ausência de doença ou patologia, é um bem-estar físico, mental e social no indivíduo. Ou seja, o estado de independência e autonomia do idoso não depende apenas da saúde funcional do organismo, mas também da saúde psíquica e ambiente social onde se encontra inserido.

Saura Hernández, S. e Sanguesa Giménez, M.R. (2000) classificam a autonomia dos idosos em três grandes grupos:

- Baixa autonomia (quando os idosos manifestam alta dependência para realizar as atividades de vida diária (AVD) e com escassas relações sociais);
- Média autonomia (resolvem a maior parte dos seus problemas do seu dia a dia, mas contam com o apoio dos familiares, quando revelam perdas sensoriais e baixa atividade intelectual);
- Autonomia elevada (têm boa perceção de qualidade de vida, com atitudes ativas face à vida).

De acordo com Vicente (2002) a autonomia é definida como a capacidade e liberdade que o indivíduo tem em realizar as suas atividades de vida diárias. Ser autónomo não quer dizer que a pessoa não tenha ajuda no seu autocuidado, mas é capaz de adquirir competências para gerir a sua vida em função das expectativas e meio onde se insere, mantendo-se ativo na sociedade.

Para Santos (2000) a autonomia é compreendida como um elemento essencial de bem-estar do indivíduo, que se deve à realização e satisfação da sua vontade. A pessoa escolhe o caminho a seguir, facto que lhe transmite segurança e satisfação com a vida. Neste sentido a autonomia está associada principalmente ao nível psicológico dos indivíduos.

Quando o indivíduo não é capaz de, por si só realizar essas atividades, surge a dependência que, segundo Phaneuf (1993), citado por Santos (2000), é a "incapacidade do indivíduo adotar comportamentos ou de realizar por si mesmo, sem a ajuda de outros, ações que lhe permitam alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades".

Para Figueiredo (2007), dependência é definida como “um estado em que se encontram as pessoas que por razões ligadas a perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de assistência e/ou ajudas importantes a fim de realizar os atos correntes da vida diária e, de modo particular, os referentes ao cuidado pessoal”.

De acordo com Uriarte, Leturia, e Yanguas (2002) a dependência do idoso evidencia três aspetos fundamentais:

- Multidimensionalidade - este aspeto destaca questões físicas, mentais, económicas, sociais e psicológicas;
- Multicausalidade - a velhice não significa dependência, pois existem muitas pessoas com faixas etárias mais jovens e são dependentes, isto deve-se a fatores sociais, culturais, biológicos e ambientais.

- Multifuncionalidade - o envelhecimento e a perda de funcionalidade são irreversíveis, o que requer adaptação do indivíduo.

Sequeira (2010) afirma que a avaliação precoce apresenta como benefícios a adaptação das intervenções de acordo com as necessidades e capacidades de resposta do idoso, prevenindo o agravamento da dependência e o aparecimento de outras complicações. O correto diagnóstico permite que o cuidador satisfaça as necessidades do idoso promovendo um cuidado mais efetivo. Reforça-se que esta tarefa é normalmente assumida pelas famílias dos idosos em questão, podendo, no entanto, ser amigos ou vizinhos os que assumem esta responsabilidade (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006).

## 2.2 – Familiar Cuidador

São inúmeras as investigações realizadas no âmbito da prestação de cuidados, facultando-nos uma caracterização generalizada dos familiares cuidadores. A família é essencial para o desenvolvimento pessoal de um indivíduo, e o local onde se vivenciam um conjunto de experiências fundamentais para a formação da sua personalidade.

Para Serra (2002):

“A família é o ambiente com condições naturais onde espontaneamente surge uma troca mútua de sentimentos. Desta forma tem potencialidades para dar apoio emocional para a resolução de problemas e conflitos. Como sistema em que diversas personalidades interatuam, é suscetível de formar uma barreira defensiva contra as agressões do exterior. Pode igualmente facilitar a mobilização e a maturação dos seus membros.” (p.534)

Petronilho (2007) acrescenta que a família pode ser considerada a instituição social mais antiga, com origem no nascimento do Homem.

A família cuidadora, segundo Leme et al (2000), tem sido sempre o primeiro e principal grupo de apoio emocional que serve de suporte ao idoso dependente, existindo também uma interdependência de afetos e emoções. É no seu seio que se realiza a maior parte das atividades básicas de vida diárias.

### 2.2.1 – O Perfil e papel do familiar cuidador

A partir de determinada fase o idoso começa a carecer de orientação, o cuidador não substitui o idoso, mas assume o papel de intermediário, referindo-lhe como deve desempenhar as atividades sem prejudicar o seu estado de saúde e mantendo-o ativo. A ajuda parcial ocorre quando existe necessidade de apoio adicional na execução de uma determinada tarefa, de forma a satisfazer as necessidades do idoso e a estimular as suas capacidades. Por último, ocorre a substituição, situação em que o idoso já se encontra incapaz de realizar as suas atividades (Sequeira, 2010).

Segundo Bris (1994) citado por Santos (2008, p.55) e de forma mais caracterizada, o processo que leva o cuidador familiar a assumir o *cuidar* baseia-se em duas linhas: através de um processo sub-reptício ou no seguimento de um incidente inesperado (figura nº 2). O primeiro acontece com o processo progressivo de perda de autonomia da pessoa de quem se cuida. O segundo consiste num incidente inesperado, que pode ter origem em diversos acontecimentos: a doença, um acidente, viuvez e morte ou por incapacidade do cuidador anterior. A mesma autora menciona que o processo sub-reptício pode ser quebrado com doenças de carácter temporário.

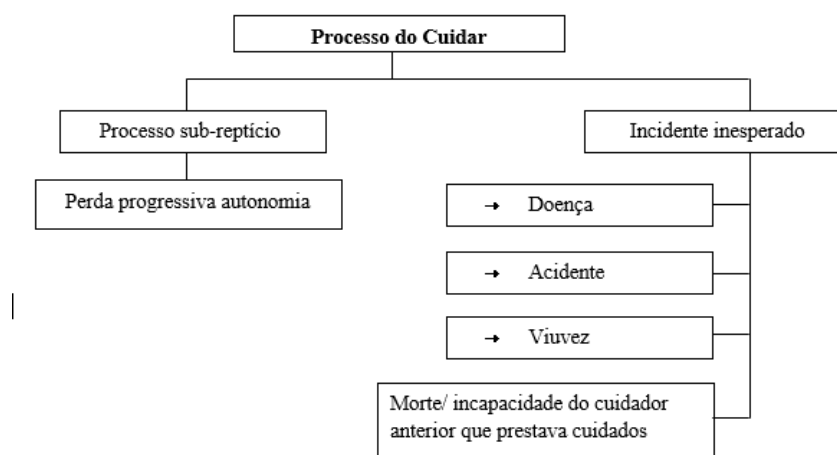


Figura 2-Processo que leva o familiar a assumir o cuidar. Fonte: Bris (1994) cit. por Santos (2008, p.56).

Cuidar trata-se de uma atividade complexa com dimensões psicológicas, éticas, sociais, demográficas, clínicas, técnicas e comunitárias. Estas atividades abrangem as instrumentais (transporte, gestão do dinheiro, tarefas domésticas) e as de cuidados pessoais, sendo assim um cuidado extra (Mangas, 2009).

Figueiredo (2007) definiu o perfil do cuidador, o qual está relacionado mais com o sexo feminino cuja idade oscila entre os 45 e os 60 anos; o grau de parentesco (cônjuge, filha/o e na ausência destes são os amigos e/ou vizinhos); estado civil (casados) e a proximidade geográfica (coabitação ou vivem próximo do doente). No entanto, a participação do sexo masculino é crescente.

Sequeira (2007) complementa mencionando os quatro fatores de determinação do familiar cuidador que são: a relação familiar, coresidência, género e as condicionantes relativas aos descendentes.

Marques (2007) refere que as funções mais importantes são a de proporcionar apoio emocional e segurança perante o amor, aceitação, interesse e compreensão e a proteção da saúde dos doentes, promovendo os cuidados que os seus membros necessitam. As funções de maior relevo são também as de socialização, as afetivas e as de proteção.

De acordo com Sequeira (2007), as funções do familiar cuidador são:

- Providenciar uma vigilância de saúde adequada;
- Promover a autonomia e a independência;
- Adotar o ambiente de modo a prevenir os acidentes;
- Promover um ambiente seguro no domicílio e no exterior;
- Assegurar um ambiente confortável e um sono adequado;
- Promover a participação/envolvimento familiar;
- Supervisionar a atividade;
- Promover a comunicação e a socialização;
- Promover a manutenção ou a estimulação pelo interesse no desenvolvimento de um projeto pessoal, história de vida, religião;
- Estimular a manutenção de uma ocupação/atividade;
- Supervisionar/incentivar as atividades físicas, de lazer e sociais;
- Supervisionar, ajudar ou substituir ao nível das atividades de vida diárias, autocuidado;
- Prestar outros cuidados de acordo com cada contexto específico e segundo as orientações dos profissionais de saúde.

O mesmo autor refere que o desempenho das funções do cuidador informal depende do tipo/frequência das necessidades de cuidados do doente, do contexto familiar e do contexto em que o doente está inserido.

### 2.2.2 – Necessidades e dificuldades do familiar cuidador

Já percebemos que o envelhecimento e o aumento da dependência da população, bem como a evolução da ciência e tecnologia, tornando, por exemplo, os internamentos hospitalares mais curtos, levam a uma necessidade crescente de prestação de cuidados no domicílio.

Quando a família é confrontada com a necessidade de cuidar de um dos seus idosos, verifica que a prestação de cuidados é um processo árduo, complexo e dinâmico, caracterizado por constantes variações ao longo do tempo, tanto nas necessidades como nos sentimentos de quem presta os cuidados e os recebe (Sarmiento et al, 2010).

Ao iniciar o desempenho destas novas funções, ocorre uma transição para o novo papel de cuidador familiar que, para além de ser um processo complexo, envolve inúmeras variáveis com influência mútua entre si e, conseqüentemente, com valores preditivos diferentes, em função de todos os que estão envolvidos, designadamente do cuidador, da pessoa dependente, do contexto e ambiente em que se desenvolve a prestação de cuidados (Sequeira, 2010).

Tratando-se de uma transição, para melhor entendimento deste processo e do modo como afeta os cuidadores familiares, considera-se uma mais-valia fazer esta análise à luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis. Segundo esta teórica de enfermagem, a transição é caracterizada por diferentes etapas dinâmicas, marcos e pontos de viragem e pode ser definida através dos indicadores de processo e dos resultados finais sendo entendida como a passagem entre duas fases da vida, ou de um estado para outro, pelo que se espera alcançar a adequada adaptação ao novo papel e/ou situação (Meleis, 2010).

Também Schumacher e Meleis (2010) referem que segundo a Teoria das Transições, os cuidadores familiares experienciam uma transição do tipo situacional. Este tipo de transição inclui situações inesperadas que ocorrem na vida da pessoa e requerem uma redefinição dos seus papéis e/ou integração de novos.



De acordo com Gonçalves et al (2006) o processo de cuidar do idoso em situação de domicílio pode resultar em limitações na vida cotidiana do cuidador, afetando os papéis sociais, ocupacionais e pessoais desempenhados por ele, com conseqüente risco para a sua saúde e bem-estar.

### 2.2.3 – Sobrecarga do familiar cuidador do idoso com doença mental

Vários estudos têm demonstrado, consistentemente, que a presença de um doente mental na família resulta em considerável sobrecarga para os seus membros (Rose, 1996; Jungbauer et al., 2003).

Imaginário (2008), citado por Fernandes (2009, p.46-47), refere que:

“A tarefa de cuidar (...) pode produzir uma sobrecarga intensa que acaba por comprometer a saúde, a vida social, a relação com os outros membros da família, o lazer, a disponibilidade financeira, a rotina doméstica, o desempenho profissional e inúmeros outros aspetos da vida familiar e pessoal. Assim os cuidadores principais realizam tarefas muito variadas que vão desde a vigilância e acompanhamento até à administração da medicação e prestação direta de cuidados (...) Num horário ininterrupto, sem limite de tempo.”

A sobrecarga do familiar cuidador do doente mental tem sido analisada dentro do contexto da desinstitucionalização psiquiátrica, sendo objeto de estudo a sobrecarga que estas pessoas sentem em todo o processo de prestação de cuidados ao doente (Pereira, 2009).

Segundo Figueiredo (2007, p.25):

“o êxito de uma política de desinstitucionalização não reside somente na disponibilidade das famílias para o cuidar, mas nos serviços de apoio necessários para realizá-la eficientemente (...), há que perceber a importância da articulação entre as respostas formais dos serviços de saúde e de proteção social e o apoio informal ou familiar”.

O impacto da doença mental atinge um vasto espectro de dimensões da vida familiar e constitui uma sobrecarga porque exige que os familiares do doente passem a colocar as suas próprias necessidades e desejos em segundo plano (Guedes, 2008).

O termo sobrecarga “refere-se ao conjunto de problemas físicos, psicológicos e socioeconómicos que decorrem da tarefa de cuidar, suscetíveis de afetar diversos aspetos da vida do indivíduo, nomeadamente as relações familiares e sociais, a carreira profissional, a intimidade, a liberdade e o equilíbrio emocional” Sousa, Figueiredo e Cerqueira, (2006, p.53).

Para Michal (1995, p. 7), a sobrecarga revela “um estado em que as exigências que nos rodeiam excedem a nossa capacidade de as poder satisfazer”, para as quais desempenham fatores determinantes, as pressões temporais, as responsabilidades excessivas, a falta de apoio e as expectativas por parte de nós mesmos e por parte dos que nos rodeiam.

Já Paul e Fonseca (2005, p.210) definem sobrecarga como o conjunto de “consequências físicas, psicológicas e sociais resultantes do ato de cuidar de uma pessoa, sobretudo quando ela se encontra dependente”.

Sequeira (2010) que centra o seu trabalho mais no idoso dependente, refere que a prestação de cuidados implica que muitas vezes, o cuidador apenas se centre no idoso, levando-o à diminuição dos contactos e ao isolamento. Quando o idoso fica mais dependente os custos económicos aumentam sendo muitas das vezes suportados pelo próprio cuidador, aumentando desta forma as repercussões negativas.

Na perspetiva de Paul e Fonseca, (2005), Figueiredo, (2007), Sequeira, (2010), a sobrecarga engloba duas dimensões: a objetiva e a subjetiva.

A sobrecarga objetiva diz diretamente respeito à tarefa de cuidar, apoio nas tarefas diárias, resolução dos problemas comportamentais e emocionais e refere-se à diminuição de tempo, maior esforço físico, gastos económicos, alterações na vida pessoal, relações familiares e saúde física e mental sendo por isso observável e quantificável (Sarmiento, Pinto e Monteiro, 2010).

A sobrecarga subjetiva é definida como os sentimentos, atitudes e reações emocionais do cuidador à experiência do cuidado (Paul e Fonseca, 2005), ou “perceção pessoal do familiar cuidador sobre as consequências do cuidar” (Sequeira 2010, p.48). Tem a ver, portanto, “com as reações emocionais, sentimentos e emoções, relacionadas com as atividades e acontecimentos da dimensão objetiva” (Sarmiento, Pinto e Monteiro, 2010, p.48).

Este tipo de sobrecarga, segundo Sequeira (2010), manifesta-se através de alterações psicológicas e sofrimento, com impacto na saúde mental dos cuidadores. Este autor afirma ainda

que frequentemente os cuidadores manifestam dores musculares, cansaço, alterações do sono, tristeza, tensão nervosa e irritabilidade. Apesar de todos os problemas físicos que podem advir do ato de cuidar, segundo muitos estudos, a dimensão emocional da sobrecarga, é aquela que mais impacto tem sobre o cuidador (Brito, 2002; Sequeira, 2010).

Loureiro (2009) refere que é frequente a existência de sentimentos de hostilidade, raiva, culpa, medo, revolta, solidão e pessimismo em familiares cuidadores, bem como o desenvolvimento de sintomatologia psiquiátrica no decorrer da prestação de cuidados.

Gallant e Connell (1998), citado por Sarmiento, Pinto e Monteiro (2010, p.48) acrescentam ainda, que os problemas mais citados pelos familiares cuidadores são: “a depressão, a fadiga, a raiva, o conflito familiar, a culpa, a tensão emocional, a sobrecarga financeira e as alterações psicossomáticas”.

Todas estas emoções negativas repercutem-se nos diversos domínios da vida do familiar prestador de cuidados, perturbando a sua relação com os restantes familiares e a sua atividade profissional, que passam a ser percecionadas como pouco gratificantes e insatisfatórias (Marques, 2007).

Segundo Sequeira (2010) a situação profissional é também considerada um fator importante, sendo os familiares cuidadores sem atividade profissional os que atingem níveis mais elevados de sobrecarga. No que se prende com o apoio psicossocial, uma das necessidades mais sentidas pelos familiares cuidadores é a de ter alguém com quem falar acerca das experiências, dificuldades, preocupações e satisfações inerentes à prestação de cuidados, e em simultâneo a necessidade de reconhecimento pelo seu sacrifício, para se sentir valorizado e apreciado.

Mafra (2011) refere ainda que a sobrecarga é maior quanto maior for o tempo de cuidado, sendo que o cuidador começa a valorizar mais os aspetos negativos em detrimento dos positivos e passa a acreditar que esta tarefa lhe traz muito menos que o esperado, comparado com a disponibilização e prontidão para cuidar.

No trabalho de adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, Sequeira (2010) define sobrecarga como o conjunto de consequências que ocorrem na sequência de um contato próximo com um doente, sobretudo um dependente estando associada a uma deterioração da qualidade de vida do cuidador e maior morbidade atribuindo uma conotação em todo negativa, visto que associa a um “peso” ou “fardo” o ato de cuidar.

É preciso pensar na qualidade de vida daqueles que envelhecem e sofrem as debilidades próprias da doença e da idade avançada, mas não menos relevante será estudar as consequências que a tarefa de cuidar acarreta, para que se consiga também cuidar dos cuidadores.

### 2.3 – Literacia

Outrora a literacia era compreendida como a capacidade de ler, escrever e comunicar. Porém, resultado do interesse crescente, dos últimos anos, em investigar esta temática, tem-se hoje uma perceção mais ampla sobre literacia reconhecendo-a como sendo algo mais do que cumprir a escolaridade com sucesso. Ou seja, implica um domínio profundo de leitura e de escrita que permita uma atuação eficiente nas situações impostas pela sociedade.

Segundo a UNESCO, citada no portal da DGS (2003), “Literacia é a capacidade para identificar, compreender, interpretar, criar, comunicar e usar as novas tecnologias, de acordo com os diversos contextos. A Literacia envolve um processo contínuo de aprendizagem que capacita o indivíduo a alcançar os seus objetivos, a desenvolver os seus potenciais e o seu conhecimento, de modo a poder participar de forma completa na sociedade”<sup>4</sup>

O desenvolvimento da literacia é uma condição necessária para o progresso pessoal e coletivo eficaz que terá implicações no sistema de saúde e por isso, quanto mais literacia tiver a pessoa, maior o seu contributo. Em várias definições de literacia encontradas, o termo “capacitação” é comum e parece ser a solução para o sucesso da literacia em saúde. O desenvolvimento dessa capacitação, ou seja, de maior poder, resultará num progresso considerável na autonomia e aquisição de competências pelo indivíduo.

Segundo Kickbusch (2000, p. 294) é importante esclarecer a questão do poder no debate sobre alfabetização em saúde, a fim de que a promoção da alfabetização em saúde não se centre apenas em questões de conformidade. Foi sugerido que a falta de preocupação com o empoderamento tem sido uma das razões pelas quais os esforços de alfabetização em grande escala em todo o mundo falharam.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> in <http://www.dgs.pt/>.

<sup>5</sup> *"It is important to clarify the issue of power in the health literacy debate, in order that the promotion of health literacy does not focus just on compliance issues. It has been suggested that a lack of concern with empowerment has been one of the reasons why large-scale literacy efforts around the world have failed".*

Nutbeam (2000) referencia 3 tipos de literacia: literacia funcional, literacia comunicacional/interativa e literacia crítica. A primeira respeita as capacidades básicas de escrita e leitura suficientes para lidar eficientemente com o quotidiano. A segunda junta a anterior às capacidades sociais que farão o indivíduo interagir e participar nas atividades diárias, alcançar informação, dar-lhe o significado justo e aplicar o mesmo para alterar circunstâncias. A terceira é relativa a capacidades cognitivas mais avançadas que em conjunto com as capacidades sociais poderão ser aplicadas para analisar criticamente a informação e utilizá-la para um maior e melhor controlo das situações e fenómenos do dia-a-dia.

Identificando a importância da literacia no progresso de um país e de uma população, pode considerar-se que ela promove a socialização na medida em que dá acesso a bens culturais. Assim, a literacia pode ser considerada como um dos recursos mais importantes de uma sociedade, afetando pela positiva quer a nível socioeconómico quer a nível da saúde das pessoas e comunidades. Assim se compreende a ligação que existe entre literacia e saúde, percebendo que o “(...) conceito de literacia em saúde [tenha chegado] à primeira linha dos cuidados de saúde.” (Cutilli, 2005, p. 227).

### 2.3.1 – Literacia em saúde

Segundo Pedro, Amaral e Escoval (2016, p. 259):

“Nos últimos anos, diferentes estudos têm demonstrado que um nível inadequado de literacia em saúde pode ter implicações significativas nos resultados em saúde, na utilização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, nos gastos em saúde. O conceito de literacia em saúde evoluiu de uma definição meramente cognitiva para uma definição que engloba as componentes pessoal e social do indivíduo, assumindo-se como a capacidade de tomar decisões fundamentadas no seu dia-a-dia.”

Para Kickbusch (2011) a literacia em saúde surge como uma forma discreta de alfabetização em saúde e é cada vez mais importante para o desenvolvimento social, económico e de saúde de um país.

Segundo a OMS (1998), citado por Instituto Nacional de Saúde Pública (2010), literacia em saúde é o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para

ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde.”

Nunes (2010) defende que unicamente através de bons níveis de literacia em saúde, os indivíduos serão capazes de fazer uso dos seus direitos e deveres enquanto cidadãos, em matéria de saúde.

Materializando, a literacia em saúde é um forte preditor do estado de saúde individual (WHO, 2013) e uma parte importante do capital humano e social - melhorando o acesso das pessoas à informação de saúde e influenciando a sua capacidade para usar a informação, “a literacia na saúde é crítica para a capacitação das populações” Loureiro et al (2012, p.159); alguns autores consideram que a literacia em saúde constitui um promotor importante para a participação efetiva nos cuidados de saúde.

A literacia distingue-se da educação para a saúde uma vez que esta se refere ao processo de aprendizagem planeada que influencia modos de pensar, ajudando a mudar atitudes ou crenças, culminando em mudanças de comportamento e estilos de vida (Rodrigues, Pereira e Barroso, 2005 cit. por Loureiro, 2012).

Segundo o modelo conceptual de literacia em Saúde, o processo dinâmico que se considera ser a literacia engloba a relação individuo-sociedade dando ênfase ao conceito de competência. Pela figura de Mancuso (2008 cit. por Loureiro, 2012) podemos observar que os seus atributos são a compreensão, capacidade e comunicação.



Figura 3- Modelo Conceptual da Literacia em Saúde. Fonte: Mancuso (2008; pág.251) cit. por Loureiro, et al (2012; pág. 161)

Mancuso (2008) cit. por Loureiro (2012, p.161) explica que tendo como cenário a relação indivíduo-sociedade, salienta-se o conceito de competência, ou seja, o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que implicam que o indivíduo perante uma situação seja capaz de mobilizar conhecimentos e recursos de modo adequado, dando uma resposta ajustada à situação.

Para aferir a literacia em saúde existem qualidades (capacidade, compreensão e comunicação) que estão integradas e são precedidas pelas aptidões, estratégias e capacidades assentes dentro das competências necessárias. A capacidade refere-se ao que é natural e também às competências adquiridas, intercedidas pela educação e afetadas pela cultura e que resultam ou são obtidas através do processo de aprendizagem. Ao nível da literacia em saúde essas competências incluem a recolha, avaliação e análise da informação, a procura de ajuda, e ainda a capacidade para se movimentar e negociar dentro do sistema de saúde.

A compreensão (lógica, linguagem e experiência) aponta para a conjugação de fatores de diversa ordem que permitem uma interpretação e entendimento da informação existente e disponibilizada (ex. matérias de educação para a saúde). Torna o indivíduo num crítico da informação existente identificando os assuntos de saúde e atribuindo-lhe um sentido.

A comunicação diz respeito à emissão e receção de uma mensagem, que deve destinar-se sobretudo a informar e influenciar as decisões que conduzem à melhoria de saúde. Esta troca de informação é, muitas vezes, feita para lá da comunicação entre profissional e doente, à base da utilização de textos, materiais audiovisuais, *internet*. Porém, para ser eficaz os conteúdos deverão ser exigentes, equilibrados, consistentes e compreensíveis. Conclui ainda, que se a pessoa possui literacia tem potencial para influenciar os indivíduos e sociedade.

A literacia em saúde é, portanto, uma ferramenta que valoriza a pessoa enquanto administradora da sua própria saúde, ou seja:

“A literacia em saúde é fundamental para que as pessoas de um modo geral possam gerir com sucesso a sua própria saúde. Isso exige competências e conhecimentos sobre saúde e cuidados de saúde, incluindo a descoberta, compreensão, interpretação e comunicação de informações de saúde, a pesquisa de cuidados adequados e a tomada de decisões críticas em saúde. O mau estado de saúde, mas também altas taxas de uso de serviços de saúde comprometem a segurança do doente e aumenta, os custos de Saúde” Antunes (2014, p.125).

Para este autor (2014, p.124), a literacia em saúde engloba quatro dimensões:

“Conhecimento básico em saúde, i.e., o conhecimento e uso de comportamentos de promoção de saúde, proteção de saúde e prevenção da doença; Competências para a utilização dos sistemas de saúde; Competências de consumidor para tomar decisões de saúde na seleção e utilização de bens e serviços e agir de acordo com os seus direitos de consumidor, se necessário; Comportamento de decisão informada na esfera de questões de saúde e a filiação em organizações de saúde e de doentes.”

Segundo Morgado (2014), munir a população de literacia em saúde surge numa tentativa de melhorar as condições gerais do próprio sistema de saúde sendo para isso essencial a capacitação individual dos direitos e deveres no projeto de saúde do indivíduo. O mesmo autor considera ainda que “atendendo ao aumento da prevalência de doenças mentais na população portuguesa, torna-se imprescindível a promoção da literacia em saúde mental.” (2014, p.91).

Depois de abordados alguns aspetos referentes a literacia em saúde importa salientar a também literacia em saúde mental. A literacia no âmbito da saúde mental é fundamental para a sua prevenção, logo para a diminuição do número de pessoas com perturbações mentais. Segundo a DGS - Plano Nacional de prevenção do Suicídio (PNPS, 2013-2017, p. 32):

“A literacia em saúde pode ser entendida como o conjunto das competências cognitivas e sociais e capacidades que permitem aos indivíduos aceder, compreender e usar informação relativa a questões de saúde. Ao longo da última década tem sido vista como uma dimensão fundamental para os programas de promoção da saúde e prevenção das perturbações mentais”.

### 2.3.2 – Literacia em saúde mental

A saúde mental foi e infelizmente ainda é, muitas vezes, o «parente pobre» do universo da saúde. As doenças que conduzem a alguma perturbação ao nível da atividade mental de uma pessoa são até, outras tantas vezes, esquecidas ou ignoradas.

Segundo Caldas de Almeida (2013, p.9) “As perturbações mentais podem afetar a vida de crianças e adultos, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, causam enorme sofrimento e invalidez, e são responsáveis por custos elevados para os indivíduos, as famílias e as sociedades.”



Já Neeb (2000, p. 178), referia que as capacidades necessárias para a manutenção de saúde mental são a de ser flexível, ter sucesso, estabelecer relações próximas, decidir adequadamente, resolver problemas, lidar com *stress* do dia-a-dia e sentir o eu de forma positiva.

Por essa altura também o Conselho Nacional de Saúde Mental, (2002, p. 5), alertava para a existência de “...uma necessidade cada vez mais premente de dar a conhecer e de sensibilizar a população para os problemas da Saúde Mental. Há necessidade de promover uma campanha nesse sentido, porque as suas perturbações aumentam em flecha no nosso País, tal como nos países mais desenvolvidos”.

Esta urgência é demonstrada no mesmo documento p.5, pela apresentação de alguns números:

“Mais de 20% da população adulta sofre de algum problema de Saúde Mental em certa altura da sua vida; O número de suicídios nos países da comunidade europeia é igual ou superior ao número de mortos em acidentes de viação; A depressão ocupa o quarto lugar na lista das doenças com mais prejuízos económicos (DALYs. Na progressão atual ocupará o segundo, daqui por quinze anos (OMS); As doenças mentais acarretam um custo equivalente a 3-4 % do produto nacional bruto na Região Europeia (C. E.)” (Conselho Nacional de Saúde Mental, 2002).

Relativamente à prevalência de doenças mentais na população portuguesa Caldas de Almeida et al (2013, p.26) confirmam que “...Portugal tem, em conjunto com a Irlanda do Norte, a mais elevada prevalência de doenças psiquiátricas na Europa, mostrando um padrão muito diferente do encontrado nos outros países do sul da Europa”.

Também o Psiquiatra Álvaro de Carvalho, Diretor do Programa Nacional para a Saúde Mental da DGS, à altura, referindo-se a dados epidemiológicos mundiais escrevia que “Para a OMS (2017), o total de pessoas com depressão a nível mundial foi estimado, em 2015, em mais de 300 milhões registando-se um número quase igual sofrendo de algum tipo de perturbação de ansiedade.” Carvalho (2017, p.3).

Todos os dados anteriormente apresentados são perfeitamente claros e esclarecedores da necessidade de medidas preventivas para a população, onde se encaixa a promoção da literacia. E a literacia em saúde mental adentro do conceito mais amplo de literacia em saúde merece, por isso, ser considerada.

Sabendo que a educação em saúde é um aspeto importante e fulcral para a prevenção, se a literacia não for promovida pode resultar num impedimento para a população, na aceitação dos cuidados de saúde mental baseados na evidência e que as pessoas portadoras de perturbação mental poderão ser menosprezadas e não ter acesso aos cuidados de saúde, nem apoio por parte da comunidade (Jorm, 2000).

A literacia em saúde mental deve mover-se no sentido de tornar cada indivíduo competente, conhecedor e informado, oferecendo-lhe uma arma poderosa – maior literacia - que o ajudará a ganhar as contendas do quotidiano e em simultâneo desenvolver capacidades e uma maior autonomia.

Assim, importa ir pesquisando para fazer face a esta situação, particularmente através da aposta na educação dos profissionais de saúde, mas também da população em geral no sentido de promover uma melhor compreensão e aceitação da pessoa com doença mental (OMS, 2002). Desta forma, parece absolutamente pertinente a abordagem ao conceito de literacia em saúde mental e a sua inclusão no planeamento de intervenções de enfermagem com vista à promoção da saúde.

## 2.4 - Fatores Determinantes na Diminuição dos Níveis de Sobrecarga dos Familiares Cuidadores dos Idosos com Dependência Mental

Segundo Sequeira (2010) sobrecarga associada ao cuidar de idosos com dependência, de causa “física” ou “mental”, constitui uma prioridade em termos de saúde pública, pelo facto de possibilitar a avaliação das consequências negativas no cuidador informal. Existem diversos instrumentos padronizados para avaliar a sobrecarga, sendo o mais utilizado em termos internacionais a escala de sobrecarga do cuidador de Zarit (Burden Interview Scale). (ANEXO I)

### 2.4.1 - Escala da sobrecarga do cuidador de ZARIT

De acordo com Sequeira (2010), autor da tradução e validação desta escala para a população portuguesa, a Escala de Sobrecarga do Cuidador é um instrumento válido e fiável para ser utilizado na avaliação do impacto de doenças físicas ou mentais nos cuidadores informais.

Esta escala, na versão inicial, era constituída por 29 questões, onde se incluíam aspetos relacionados com a saúde física e psicológica, recursos económicos, trabalho, relações sociais e a relação com o “recetor de cuidados”.

Posteriormente, este instrumento foi revisto e reduzido o número de questões para 22 (Zarit e Zarit, 1983; Martín, 1996; Scazufca, 2002) citado por Sequeira (2010).

Para este último autor esta escala é um instrumento que possibilita avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal e que inclui informações sobre saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento.

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma:

- nunca = (1);
- quase nunca = (2);
- às vezes = (3);
- muitas vezes = (4) e
- quase sempre = (5).

Também subsistem versões em que a pontuação quantitativa varia em cada item entre 0 e 4 (Scazufca, 2002). Contudo, a maioria dos estudos utiliza a versão com pontuações de 1 a 5. Na versão de (1 a 5), obtém-se um *score global* que varia entre 22 e 110, em que um maior *score* corresponde a uma maior perceção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- Inferior a 46 = Sem sobrecarga;
- Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

Sequeira (2010) admite que a escala de sobrecarga “The Zarit Burden Interview” tem boas características psicométricas, pelo que sugere a sua aplicação quer ao nível da prática clínica como instrumento de diagnóstico (risco de sobrecarga/sobrecarga), quer como instrumento de monitorização/avaliação de programas de intervenção em cuidadores informais.

Por outro lado, a utilização da escala de sobrecarga em termos de investigação, permite avaliar as ressonâncias negativas associadas ao cuidar numa determinada população e instituir comparações com os dados internacionais, uma vez que este instrumento é utilizado na maioria dos países com programas de intervenção dirigidos aos cuidadores (Sequeira, 2010).

### 3 – IMPLEMENTAÇÃO DE INTREVENÇÕES

Tomando por base alguns aspetos já enumerados, decorrentes da pesquisa efetuada à literatura disponível e recorrendo à experiência prática de mais de 20 anos do meu supervisor de estágio, ainda que com graus de importância diferentes, constatou-se ser frequente a abordagem dos cuidadores familiares das pessoas idosas com doença mental junto dos profissionais no sentido de obter ajuda, apoio e informações sobre a doença do familiar e forma de lidar com ela, quase sempre demonstrando grande angústia e sofrimento.

Consideramos que este aspeto alavancou, uma questão que considerámos de partida: Qual a importância da literacia em doença mental do idoso para a sobrecarga do familiar cuidador?

#### 3.1 – Questões Éticas

Todas as investigações que envolvam pessoas exigem determinados cuidados e questões morais e éticas, estando presentes desde a determinação do problema até à conclusão do estudo. Assim, Fortin (2000, p.116) afirma que:

“(…) a investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades das pessoas. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações”, e ainda que “(…) o investigador deve assegurar-se que o seu estudo é o menos invasivo possível e que a intimidade dos sujeitos está protegida.”.

É, por isso, elementar não olvidarmos que a identidade dos sujeitos participantes não pode ser divulgada e que toda e qualquer informação fornecida pelos participantes no estudo só pode ser divulgada se contribuir para o desenvolvimento da investigação, e se houver “(…) autorização expressa do sujeito” (Fortin, 2000, p.116). Agindo desta forma é respeitado o direito ao anonimato e à confidencialidade.

Mostrando a importância do cumprimento de princípios éticos na investigação em Enfermagem é fundamental fazer alusão ao consentimento informado, designado de livre e esclarecido. O consentimento informado é um processo segundo o qual os participantes, após

serem devidamente informados e esclarecidos relativamente aos propósitos e às características do estudo bem como aos seus direitos, decidem voluntariamente participar ou não no estudo.

Com base no anteriormente referido importa esclarecer que o presente estudo cumpriu todos os requisitos legais e éticos, sendo que todos os direitos dos participantes foram respeitados. Todos os participantes do estudo assinaram o consentimento informado, (ANEXO II), ficando assim informados do anonimato e confidencialidade das informações recolhidas, bem como do destino destas informações.

### 3.2 - Objetivos

#### **Geral:**

- Conhecer e empoderar o familiar cuidador do doente idoso com doença mental.

#### **Específicos:**

- Identificar o nível de sobrecarga do cuidador familiar;
- Identificar o grau de literacia em saúde mental;
- Identificar dificuldades/necessidades do familiar cuidador;
- Planear intervenções de ajuda e psicoeducativas;
- Promover literacia em saúde mental do cuidador familiar;
- Reduzir vulnerabilidade do cuidador familiar;
- Aumentar a resiliência do cuidador familiar;
- Promover a diminuição da sobrecarga do cuidador familiar.
- Avaliar os resultados da nossa intervenção.

### 3.3 - Metodologia

Numa investigação a metodologia diz respeito ao processo de implementação do método. Refere-se aos procedimentos e técnicas utilizadas no sentido de atingir os objetivos anteriormente delineados, tendo em conta a natureza do problema a investigar. Segundo Fortin et al., (2009) é na fase metodológica que são descritos os meios para realizar a investigação e os procedimentos seguidos, no sentido de obter respostas às questões de investigação estipuladas.

Guerra afirma que este tipo de metodologia “... constitui a ponte teoria / prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico curricular, para depois ser aproveitado para a implementação de um trabalho de características pragmáticas, concretas e reais.” (Guerra, 1994, p.4).

### 3.4 - Instrumentos e Recolha de Dados

Relativamente à técnica de recolha de dados, os métodos utilizados foram a Entrevista semi-estruturada com elaboração prévia de um guião (Anexo III) e a Escala de Sobrecarga do Cuidador (Anexo I).

Sequeira (2016) defende que a entrevista é uma intervenção profissional que é desenvolvida num determinado contexto, de forma previamente planificada, que implica o contacto entre duas pessoas onde deve existir respeito e aceitação, no caso da prestação de cuidados o objetivo é criar uma aliança terapêutica.

A entrevista como ferramenta de colheita de dados possibilita colher informação relativa a factos, ideias, comportamentos, preferências, sentimentos ou expectativas, que assentam em relatos das pessoas entrevistadas. Deste modo, a informação retirada, refere-se apenas aos dados outorgados pelos próprios entrevistados.

Para Anderson (1990), citado por Neeb (2000, p.120) a entrevista “é o método principal de colheita de dados que se utiliza na área da saúde”. Ainda segundo este autor “é importante que a colheita de dados se dirija à pessoa como um todo. Os dados recolhidos, através da entrevista enfermeiro-utente, relativamente aos pensamentos e sentimentos são tão importantes como aqueles que se obtêm pelo exame físico” (Neeb, 2000, p. 121).

A aplicação da entrevista proporciona uma maior liberdade de expressão de sentimentos levando a uma melhor perceção dos comportamentos dos sujeitos face a situações particulares. Porém, é importante salientar o facto de a entrevista poder constituir um “entrave” para algumas pessoas em transmitir os seus sentimentos. A condução da entrevista pode ser abordada de diferentes modos, podendo ser, estruturada, semi-estruturada ou não-estruturada.

Neste projeto, escolhemos a entrevista semi-estruturada, pois esta admite uma maior flexibilidade, em que o entrevistador pode elucidar o significado das perguntas, ter acesso às

perceções das pessoas com um certo grau de profundidade sem que sejam necessárias perguntas precisas.

Tendo por base a bibliografia consultada, procedemos precocemente à construção de um guião da entrevista, que nos ofereceu linhas orientadoras para a execução da mesma, no sentido de obtermos informação que vai de encontro com os objetivos do presente projeto. O respetivo guião ajuda o entrevistador a direcionar a entrevista, ouvindo o entrevistado e mantendo-o centrado sobre a problemática do projeto.

No decorrer das entrevistas, as mesmas ficaram registadas no ato, redigindo as respostas dadas pelos entrevistados.

Quanto ao uso da Escala de Sobrecarga do Cuidador (Anexo I), esta foi traduzida e adaptada para a população Portuguesa por Sequeira (2007), a partir da *Burden Interview Scale* de Zarit e constitui, em termos internacionais, um dos instrumentos mais utilizados para avaliar as repercussões associadas ao cuidar de pessoas com doença mental, na qual se incluem as demências (Zarit e Zarit, 1983; Martín, 1996; Scazufca, 2002; Alonso et al., 2004; González et al. 2004) cit. por Sequeira (2010).

### 3.5 - Tratamento de Dados

Após o término do período da recolha de dados, as questões abertas foram analisadas através da análise qualitativa, utilizando a técnica de investigação de análise de conteúdo, sendo que a sua descrição tem significado para o problema em causa e reproduz fielmente a realidade dos factos.

Os métodos de análise dos dados variam segundo o tipo de estudo, a técnica de amostragem e a complexidade dos métodos de colheita de dados utilizados. Deste modo, se o método de colheita de dados for qualitativo, seja semi-estruturado ou não estruturado deve-se recorrer à análise de conteúdo (Fortin, 2000).

Amado (2000, p.53), citando Berelson (1954) acrescenta que a análise de conteúdo na sua essência “(...) trata-se de uma técnica que procura “arrumar” num conjunto de categorias de significação o «conteúdo manifesto» dos mais diversos tipos de comunicações (...).

### 3.6 - Processo de Avaliação Diagnóstica, Intervenção e Análise

Para uma intervenção mais eficaz é necessário conhecer as perspetivas do que vai constituir o nosso objeto de trabalho. Neste domínio da saúde mental colocam-se dois grandes desafios, compreender as famílias e fornecer-lhes o apoio adequado ao contexto e à sua dinâmica, respetivamente. Pelo que, esses desafios implicam fortemente a aproximação dos profissionais aos familiares cuidadores.

### 3.7- Descrição dos Participantes

Cada ser é único. Assim, cada grupo populacional ou comunidade tem sempre características específicas e diferentes entre si. Neste caso concreto estamos perante uma população que têm uma característica comum que delimita inequivocamente quais as pessoas que podem pertencer a este grupo alvo: ter um familiar idoso portador de doença mental. E é esta mesma característica, estigmatizante à partida e de grande carga negativa a nível social, que provoca um enorme mal-estar na família que muitas vezes tende ao isolamento de vizinhos e amigos e mesmo de outros familiares e que os leva a necessitar de determinada intervenção.

São estas pessoas, que pela sobrecarga a que são submetidas recorrem frequentemente, por falta de conhecimento, a meios menos indicados com base nas suas crenças e vínculos culturais e religiosos, o que muitas vezes dificulta a ajuda efetiva. As intervenções desenvolvidas pela enfermagem especializada em saúde mental e psiquiatria com estes familiares cuidadores dão-lhes a possibilidade de aquisição de novos conhecimentos, sobre a doença do familiar, cujo objetivo, neste caso concreto, é a diminuição da sobrecarga do cuidador.

#### 3.7.1 – Caracterização geo-demográfica

A área geo-demográfica abrangida pelo Centro Hospitalar Barreiro/ Montijo EPE diz respeito aos concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete, pelo que as características específicas dos clientes do hospital estão ligadas de forma intrínseca à área geográfica abrangida por este.



O Hospital Nossa Senhora do Rosário, que integra o Centro Hospitalar Barreiro/Montjo EPE está localizado no Barreiro, localidade que durante muito tempo esteve associada à questão dos resíduos poluentes, ao estigma da poluição e a uma população essencialmente fabril.

Ao longo da história, o concelho do Barreiro e a sua população foram alvo de inúmeras transformações. Inicialmente o grande:

“ensejo foi a da terra e a da água, tão abundante, tão à mão de semear. As mais antigas referências ao topónimo Barreiro aparecem em documentos medievais da Ordem de Santiago, identificando um lugar onde a economia disponível era a da exploração de marinas de sal. As outras vocações naturais, ali à volta, eram claramente, a da pesca, da moagem (por energia das marés ou dos ventos), e em terra firme, as da agricultura (vinhedos, cultivo de cereais e corte de madeiras para lenha)”.<sup>6</sup>

Porém, como em outros aspetos da vida de um país, a evolução económica trouxe coisas boas e coisas menos boas. Por um lado, a industrialização “pouco ecológica” da primeira metade do século passado que empregou muita gente vinda do interior do país, sobretudo do Sul e das Beiras. Por outro, a desativação posterior de muitas dessas indústrias eliminou os elementos poluidores, mas criou inevitavelmente desemprego, apesar de libertar espaço para outras atividades.

A perda de população nesta última década, contrariamente ao previsto no atual Plano Diretor Municipal, aliada à crise da indústria e à conseqüente redução das antigas condições de empregabilidade sem a criação de novas, à crescente mobilidade e acessibilidade a nível regional, conferiram ao concelho do Barreiro algumas características de “Dormitório”<sup>7</sup>

Todavia, de uma forma geral, e em função do nosso conhecimento clínico desta população, a maioria das pessoas admitidas no DPSM do CHBM continuam a apresentar características rurais, desenvolvendo as suas atividades profissionais dentro do Setor Primário e Secundário. São sobretudo pessoas com um nível socioeconómico baixo, sendo maioritariamente de meia-idade e idosas, com deficientes apoios familiares, com graus de dependência moderados e grande tendência para a cronicidade da doença.

---

<sup>6</sup> Diagnóstico Social do Concelho do Barreiro – Disponível em: [barreiro.pt/NR/rdonlyres/274C22EA-392C-4663A01973F0E8A347E8/0/DIAGNOSTICOSOCIALCONCELHOBARREIRO.pdf](http://barreiro.pt/NR/rdonlyres/274C22EA-392C-4663A01973F0E8A347E8/0/DIAGNOSTICOSOCIALCONCELHOBARREIRO.pdf)

<sup>7</sup> Idem

No caso concreto dos doentes idosos os elevados graus de dependência, cronicidade e ausência de juízo crítico provocam inúmeras situações de abandono da terapêutica dado o insuficiente apoio no domicílio, com os consequentes recaídas e reinternamentos em crise, num novo fenómeno a que se dá o nome de “porta giratória”.

Neste contexto a participação da família no processo de cuidados, apresenta-se como uma prioridade devendo esta ser munida de conhecimentos sobre a doença do seu familiar a fim de diminuir toda a sobrecarga que daí advém.

### 3.7.2 – Recrutamento dos participantes

Identificaram-se como participantes alvo da nossa intervenção os cuidadores familiares do idoso com doença mental, internado no DPSM do CHBM no período de 1 de outubro a 14 de dezembro de 2017. Sendo que esta escolha foi feita entre as pessoas referenciadas como “Pessoa Significativa” para os doentes com mais de 65 anos internados neste período. A população-amostra foi assim constituída por 6 cuidadores informais e estabeleceram-se como critérios de inclusão:

- Ter um familiar idoso internado com doença mental;
- Ser a pessoa que dá maior acompanhamento e apoio no domicílio após a alta;
- Não ser remunerado por esse trabalho;
- Demonstrar interesse e disponibilidade para participar no projeto.

Segundo Fortin et al (2009), população é um conjunto de elementos que possuem características comuns, ou seja, os critérios de seleção definidos previamente e que permitam fazer generalizações.

Utilizamos uma amostra não probabilística por conveniência, devido à disponibilidade dos cuidadores escolhidos. Carmo e Ferreira (1998, p.197) mencionam que

“...na amostragem de conveniência utiliza-se um grupo de indivíduos que estiver disponível ou um grupo de voluntários. (...) cujos resultados obviamente não podem ser generalizados à população à qual pertence o grupo de conveniência, mas do qual poderão obter informações preciosas, embora não as utilizando sem as devidas cautelas e reservas”.

### 3.7.3 – Caracterização do Familiar cuidador e Pessoa Dependente

A existência de **laços familiares** é um forte fator para vir a assumir o papel de cuidador. O cuidar da pessoa dependente constitui-se como uma função da família, independentemente da sua dimensão e estrutura (Sequeira, 2010).

Caracterizando sociodemograficamente os cuidadores da nossa amostra constatamos que a maioria dos cuidadores entrevistados era do sexo feminino, 5 dos 6 participantes. Relativamente à idade, verifica-se que varia entre os 49 e os 80. Relativamente ao estado civil do cuidador, verifica-se, que a maioria são casados (5) e 1 divorciado.

Quanto ao nível de escolaridade verificamos que no que diz respeito às habilitações literárias, 4 dos cuidadores têm o 1º ensino básico (4ª classe), 2 têm 3º ciclo ensino básico (9º ano).

Relativamente à situação profissional 2 tem um emprego precário (limpezas), 2 reformados, 1 desempregada, 1 empregada balcão.

O grau de parentesco é outro fator relevante, onde a responsabilidade de cuidar recai essencialmente e primeiramente na esposa(o), seguindo-se as filhas (os) e por fim a irmã.

No que diz respeito ao tipo de família do cuidador, 1 vive só, 5 são famílias nucleares.

No âmbito da residência, Sequeira (2010) menciona que a co-residência com a pessoa dependente é extremamente importante, pois possibilita uma maior proximidade física e afetiva entre o cuidador e a pessoa.

Relativamente a ter outras pessoas a seu cargo, todos os entrevistados foram unânimes na resposta, nenhum tem pessoas a seu cargo.

No que diz respeito à pessoa dependente, continuamos com mais elementos do sexo feminino. Quanto ao estado civil 3 são casadas (os), 1 solteira e 2 são viúvas(os). Quanto à média das idades estas variam entre os 58 anos e os 84 anos.

### 3.8 - Análise dos Dados

Das entrevistas realizadas, verificamos que todos os cuidadores familiares cuidam de pessoas com dependência mental, que era um fator *sine qua non* para a realização deste trabalho.

Dos 6 cuidadores 4 não sabe bem qual a doença que afeta o seu familiar, no entanto em todos os casos assumir o cuidar foi uma opção própria.

Quando analisamos as entrevistas e relativamente aos motivos que levaram a responsabilizar-se por ser cuidador, todos afirmaram ter sido pelos laços familiares, sendo que 3 marido/mulher, 2 filhos (as) e 1 irmã.

O que pode ser verificado nas afirmações seguintes:

“sou filha única, não tem mais ninguém.” (E1);

“sou filha e tenho mais tempo que o meu irmão” (E2);

“os filhos trabalham eu estou reformado, contamos um com o outro” (E4);

“é meu marido/ mulher o tenho que olhar por ele(a)” (E5, E3);

“a minha irmã não tem ninguém e sempre fomos muito chegadas.” (E6).

Segundo os cuidadores entrevistados, estes sentem mais dificuldade em prestar cuidados quando o seu familiar se encontra deprimido, não se alimenta ou recusa a medicação causando neles alguma ansiedade, stress e preocupação.

“a minha mulher não quer comer, nem sair da cama isso deixa-me sem saber como agir” (E4);

“tem tanta roupa e veste sempre a mesma” (E1);

“o meu marido recusa tomar a medicação, ou deita fora quando volto costas...depois fica pior e eu sem saber o que fazer... pois se o obrigo fica agressivo” (E5)

“a minha mãe perdeu muito peso, não quer comer” (E2);

“a minha mulher quando esta deprimida não consigo que ela tome banho” (E3).

”a minha irmã é dependente nos cuidados” (E6)

No seguimento da interpretação das entrevistas os cuidadores expressaram que o facto de cuidarem dos seus familiares viram a sua vida pessoal e familiar alterada. Assim como a questão financeira e o facto de terem reformas pequenas.

“as minhas rotinas são alteradas por cuidar da minha mãe, depois fico ate mais tarde a fazer as minhas coisas (...)” (E1);

“eu e o meu marido deixamos de sair mais para eu cuidar da minha mãe” (E2);  
 “reforma é pequena ... e a medicação sai cara” (E5, E3);  
 “eu tento fazer minha vida, mas ela, tem muitos ciúmes quando saio de casa” (E4);  
 “não consigo deixa-la sozinha porque já não é a primeira vez que toma medicação a mais” (E6).

Com análise da escala de sobrecarga do cuidador (Anexo I), verificamos que 4 dos cuidadores apresentam sobrecarga intensa, e 2 sobrecarga ligeira sendo que estes são os que apresentam idades inferiores. Apresentamos em gráfico abaixo, o número de cada uma das opções de resposta dada pelos entrevistados.

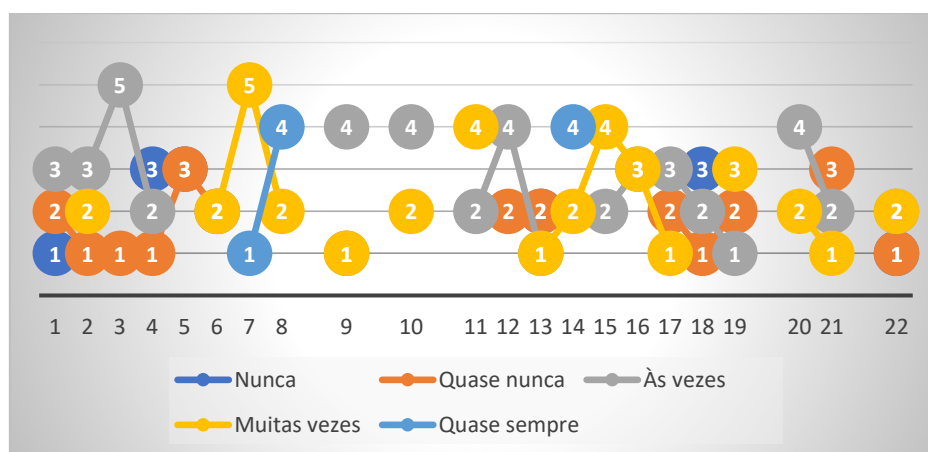


Gráfico 1-Aplicação da escala de sobrecarga do cuidador

O gráfico anterior permite-nos analisar o número de respostas dadas pelos entrevistados com maior relevância.

Através dessa análise apurámos que dos entrevistados 5 responderam:

- Opção 3 “Sente-se tenso/a quando tem que cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?”;
- Opção 7 “Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?”.

E 4 dos entrevistados responderam as opções:

- Opção 8 “Considera que o seu familiar esta dependente se si?”;
- Opção 9 “Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?”;
- Opção 10 “Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?”;

- Opção 11 “Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?”;
- Opção 12 “Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?”;
- Opção 14 “Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?”;
- Opção 15 “Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?”;
- Opção 19” Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com seu familiar?”;
- Opção 20 “Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?”;
- Opção 22 “Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?”.

Analisando as respostas dos entrevistados, verificamos que existe sobrecarga nos familiares cuidadores participantes. Tendo como referência Sequeira (2010), e segundo a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem 2015) foi possível enunciarmos os seguintes diagnósticos: Ansiedade, Sobrecarga do Cuidador, Stress do Cuidador. A CIPE proporciona o uso de uma linguagem científica comum à Enfermagem Mundial e permite, após a formulação dos diagnósticos, também instituir intervenções e avaliar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

### 3.9 - Intervenções Desenvolvidas

Já percebemos, portanto, que as doenças mentais provocam alterações na vida daqueles que são afetados, assim como, nas famílias dos mesmos.

Para a concretização deste trabalho a entrevista de avaliação diagnóstica ao familiar cuidador revelou-se um instrumento importante para delinear um plano de cuidados adequado às necessidades do familiar cuidador e avaliar o impacto que a doença mental apresenta na família.

Após o diagnóstico e a verificação da existência de sobrecarga no familiar cuidador, elaboramos um plano de atividades de acordo com as necessidades identificadas, que passou pela utilização de entrevistas de ajuda de carácter psicoeducativo estruturadas de forma aberta, mas com passos idênticos. Ou seja, cada entrevista de ajuda tinha sempre um momento inicial, onde

se propunha alguma conversa de circunstância, tipo “quebra gelo”, seguida de uma abordagem às entrevistas anteriores e aos temas abordados e às dúvidas que pudessem ter surgido sobre o que se tinha falado anteriormente, posteriormente era questionado se pretendia perguntar mais alguma coisa e agendava-se a próxima entrevista. Dos temas abordados, era dado ênfase à identificação da doença, etiologia, prognóstico e tratamento. Forma de reconhecer precocemente a sintomatologia mais evidente e que pudesse levar ao internamento e onde procurar ajuda caso se vissem confrontados com uma situação de crise. Na parte final da entrevista era demonstrada toda a disponibilidade pessoal e da equipa e era feita uma abordagem a jeito de despedida/ avaliação como se fosse a última entrevista uma vez que a alta podia acontecer na nossa ausência.

Analisando as intervenções realizadas constatamos que os familiares cuidadores mostraram bastante receptividade à nossa abordagem mostrando dúvidas e as principais preocupações face ao cuidar do doente mental.

Neste sentido, e pela postura transmissora de confiança e empatia que adotamos, consideramos que as atividades realizadas se revelaram de extrema importância, promovendo o bem-estar físico e mental do familiar cuidador.

Estes manifestaram contentamento pela nossa ajuda e disponibilidade afirmando sentem-se menos ansiosos e preocupados face à situação. Neste sentido a escuta, o esclarecimento de dúvidas e desmistificação de alguns medos foram de uma extrema importância.

O enfermeiro deverá munir-se de informações relativas à situação da pessoa doente mental, e quais os cuidados mais apropriados no sentido de facilitar e diminuir a sobrecarga no familiar cuidador para que o mesmo possa prestar cuidados de qualidade e ganhe confiança e segurança em si próprio e nos cuidados que presta.

Quando questionados, naquilo que seria o fim da nossa intervenção os familiares cuidadores conseguiram identificar mudanças de comportamento e atitudes. Referiram conseguir conciliar tarefas e encontrar mais facilmente estratégias alternativas no sentido de superar as dificuldades, contudo o apoio e presença do enfermeiro continua a ser fundamental em todo o processo, nesse sentido foi solicitado o apoio da equipa de enfermagem para o pós alta ou internamentos futuros no sentido de dar continuidade a este projeto.

#### 4 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

É solicitado ao enfermeiro que cuida em saúde mental e psiquiatria um conjunto de características, ou seja, um saber estar que implica determinadas aprendizagens no sentido de se tornar disponível, assertivo, compreensivo, empático, com capacidade de escuta, saber quando deve falar e a respeitar os momentos de silêncio, entre outros. Este pronunciado processo de aprendizagem só se torna possível em contexto prático, e dita por si só, a aquisição de competências específicas ao contexto de trabalho (Carvalho, 2012).

A enfermagem é uma profissão que nos últimos tempos tem vindo a conquistar cada vez mais o seu próprio espaço de responsabilidade e autonomia, devido em grande parte ao aumento das suas competências. A competência resulta da mobilização de conhecimentos e aptidões, no momento certo e num determinado contexto. A capacidade de mobilização do conhecimento e aptidões para a prática promove no indivíduo o desenvolvimento de várias competências, consideradas essenciais para a prestação de cuidados de excelência à pessoa humana.

Collière (1999, p. 290) afirma que “(...) a competência da Enfermagem baseia-se na compreensão de tudo o que se torna indispensável para manter e estimular a vida de alguém, procurando os meios mais adaptados para o conseguir”.

A aquisição de competências é referida por Phaneuf (2005, p. 4),

“um conjunto integrado que supõe a mobilização das capacidades cognitivas e sócio-afetivas do enfermeiro, de saberes teóricos, organizacionais e procedimentais, tanto como habilidades técnicas e relacionais aplicadas a situações de cuidados, o que lhe permite exercer a sua função ao nível da excelência”.

Para Le Boterf (2003, p.22) competências são definidas como “conjuntos de conhecimentos, de capacidades de ação e de comportamentos estruturados em função de uma finalidade e num tipo de situação dada”, em que a competência não se sintetiza a um saber simplesmente, a um saber-fazer ou aos conhecimentos que cada sujeito possui. Aliás, possuir conhecimentos ou capacidades não indica obrigatoriamente que se é competente, pode conhecer-se a técnica e quais os princípios a empregar, mas podemos não saber aplicá-los perante as situações mais apropriadas e da forma mais adequada. Para este autor, o conceito de competência



indica uma realidade, um processo dinâmico, na medida em que o sujeito competente é aquele que tem a capacidade de mobilizar todo o seu saber e a sua experiência na ação de maneira eficaz.

Já para Benner (2001, p. 43) “(...) competências e práticas competentes, referem-se aos cuidados de enfermagem desenvolvidos em situações reais”. Esta autora descreve as ideias sobre o desenvolvimento de competências em enfermagem baseando-se no Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus e onde se refere que “(...) na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, um profissional passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.” (Dreyfus, 1980 citado por Benner, 2001).

Portanto, o desenvolvimento de competências ao longo da experiência profissional conduz a uma maior confiança na tomada de decisão em enfermagem, constituindo uma mais-valia para o avanço de enfermagem como ciência. Ao nível dos cuidados diretos à pessoa, só através do desempenho habilitado é que é possível estabelecer uma relação de corporação.

Os diferentes estadios do modelo utilizado por Benner são:

Estadio 1 – Iniciado

- As iniciadas são inexperientes para as situações com as quais se deparam.
- Não identificam prioridades, atuando mecanicamente.
- Regem-se por regras e por normas.
- Não conseguem fazer uma triagem das situações.

Estadio 2 – Iniciado Avançado

- As iniciadas avançadas identificam fatores repetitivos.
- Já conseguem relacionar a situação no todo e não só uma parte da situação.
- Ainda não conseguem proceder à seleção de prioridades.

Estádio 3 – Competente

- Já trabalha há mais de dois ou três anos.
- Estabelece prioridades.
- Consegue gerir situações rotineiras e algumas situações inesperadas, mas falta-lhe velocidade e flexibilidade nos imprevistos.
- Não se questiona, nem questiona a situação, porque o seu erro é possuir demasiada autoconfiança.

#### Estádio 4 – Proficiente

- A perceção é a sua palavra-chave.
- Entende as situações chegando a antecipá-las.
- Identifica o plano de cuidados face às circunstâncias, fazendo a integração da experiência com a prática.

#### Estádio 5 – Perito

- As situações clínicas que vivenciou ao longo do seu percurso influenciam o seu desempenho atual.
- A sua palavra-chave é a intuição, prevendo antecipadamente os indícios dos acontecimentos.
- Em relação à organização é notável.
- Devido à sua credibilidade é consultado por outros profissionais.
- É difícil de avaliar, confronta a instituição com argumentos valorizáveis, tornando-se por vezes uma figura desconfortável.
- Quando muda de serviço, retorna ao estágio de iniciado/iniciado avançado, até estar devidamente integrado no serviço. (Benner, 2001).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), Enfermeiro Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado numa área específica de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que mostram níveis elevados de apreciação clínica e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a uma área de intervenção. A definição das competências do enfermeiro especialista está ligada com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

Ao enfermeiro especialista em saúde mental é também exigido que consolide essas competências e desenvolva outras no sentido de dar respostas mais eficazes, às situações de saúde dos utentes (doente/família/comunidade)<sup>8</sup>, no sentido de facilitar a aprendizagem de condições, oportunidades e meios que facilitem quer a vida em sociedade quer a reintegração das pessoas que em

---

<sup>8</sup> “*Só se conseguirá um maior grau de humanização dos cuidados se os mesmos se centrarem no doente, família e comunidade que são a justificação plena do sistema de saúde*”. – Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. DGS (1999)

determinados momentos, por um qualquer episódio de crise se viram privadas desse “poder estar em sociedade” (Carvalho, 2012).

As atuais competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental<sup>9</sup> são as seguintes:

- 1- “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.
- 2 - Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.
- 3 - Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupo e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.
- 4 - Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”.

Os cuidados de enfermagem têm como propósito ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando o a atingir a sua máxima aptidão funcional tão depressa quanto possível. As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental (EESM), diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam (Ordem Enfermeiros, 2011).

O EESM compreende os processos de sofrimento, transtorno e perturbação mental da pessoa assim como as consequências para a sua vida, a possível recuperação e a forma como a saúde mental é afetada. Assim, a enfermagem de saúde mental centra-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desadequadas ou desadaptadas aos processos de transição, causadoras de sofrimento, alteração ou doença mental.

Assim sendo e segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), na prática clínica especializada em enfermagem de saúde mental, as intervenções no âmbito psicoterapêutico do enfermeiro proporcionam a realização de um juízo singular, levando a intervenções terapêuticas eficazes na

---

<sup>9</sup> Ordem dos Enfermeiros - «Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental». Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. 2010.

promoção e proteção da saúde mental, prevenção de doença mental, tratamento e reabilitação psicossocial.

A especificidade do exercício clínico da Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica torna-a diferenciada de todas as outras áreas de especialidade.

De acordo com o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental da Ordem dos Enfermeiros:

“A especificidade da prática clínica de enfermagem em saúde mental engloba a excelência relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e a mobilização de competência psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade (...).” (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Na prática clínica em Enfermagem, é fundamental desenvolver competências da área da psicoterapia, durante o processo de cuidar da pessoa, família, grupo e comunidade, pois favorecem uma intervenção eficaz, bem como o uso de pensamento crítico, sendo que o mesmo se reveste de uma enorme importância ao definir as condições sobre as quais as conclusões válidas são descritas. Este pensamento crítico facilita a compreensão e aplicação do processo de enfermagem.

Somente com a autoanálise e autorreflexão dos nossos próprios comportamentos e cuidados prestados podemos detetar falhas e melhorar na qualidade dos mesmos. Indo assim de acordo com a competência: **Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.**<sup>10</sup>

O enfermeiro aprende e adquire mecanismos e capacidades que lhe permitem refletir, criticar e avaliar-se a si próprio conduzindo a uma avaliação dos cuidados prestados ao Outro. Essas competências de refletir e criticar o trabalho efetuado possibilitam a realização de uma avaliação e conseqüente aperfeiçoamento da prática realizada e da relação estabelecida também com o familiar cuidador.

---

<sup>10</sup> Diário da República, 2.ª série – N.º35 – 18 de Fevereiro de 2011

Camacho & Santo referem que “Compreender nossas ações, pode nos levar a perceber que a enfermagem não é somente um conjunto de técnicas, mas um processo criativo que envolve sensibilidade” (Camacho e Santo, 2001).

Para Waldow “a prática reflexiva é considerada elemento-chave para a formação profissional, não só para principiantes, mas como um processo a ser desenvolvido de uma forma contínua” (Waldow, 2009, p.185).

Frequentar este curso foi o início de um descobrimento interior, que tem contribuído grandemente para o processo de tomada de consciência de nós mesmos. A motivação e o empenho colocado num trabalho desta natureza levou-nos a admitir que as experiências acumuladas ao longo da vida se repercutem nas questões profissionais, traduzidas por um desenvolvimento de competências que se coliga ao prazer de ir mais além na forma de olhar e comunicar com o Outro.

Na relação terapêutica estabelecida reverenciámos e valorizámos sempre os sentimentos, emoções, valores culturais e espirituais das pessoas que entrevistámos, bem como as nossas próprias emoções e sentimentos e valores culturais e espirituais. Assim, foi possível estabelecermos uma relação de confiança com a pessoa e um ambiente terapêutico propício à prossecução dos nossos objetivos.

Escutámos ativamente o cuidador demonstrando disponibilidade e autenticidade, tentando identificar fatores promotores de bem-estar, assim como, fatores desencadeantes de perturbações mentais, no sentido de atuar de modo correto, respondendo às necessidades dos familiares cuidadores, nomeadamente em termos de conhecimento sobre a doença do seu familiar e as formas de atuar no dia-a-dia. É fundamental que os enfermeiros saibam reconhecer os itens que os familiares cuidadores melhor dominam e aqueles nos quais a falta de conhecimentos é maior, daí a importância da literacia nos cuidados.

A avaliação da pessoa através da entrevista é importante e resulta de um saber ouvir, de uma boa técnica de entrevista e de uma boa relação estabelecida com a pessoa. Uma entrevista eficiente é a chave para proporcionar a confiança no enfermeiro e tornar possível a adesão, por parte da pessoa, ao plano terapêutico recomendado.

Segundo Mackinnon (1990), a entrevista centrada na percepção da pessoa oferece informação diagnóstica mais valiosa que aquela concentrada na psicopatologia, ainda que o

entrevistador possa ver a pessoa uma única vez é possível uma interação verdadeiramente terapêutica.

A ajuda que o enfermeiro tem capacidade de prestar é muito especial e diferente de qualquer outra, dentro ou fora da área da saúde. Contribuindo para este facto a formação e a experiência adquirida, que lhe proporciona características profissionais únicas, pela importância de que se revestem e, principalmente, pelo significado que assume para o utente quando estabelece relações empáticas, sobretudo na área da saúde mental, em que as relações significativas são deveras importantes (Carvalho, 2012).

Após adquirida a primeira competência de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, surge-nos a segunda competência em que o enfermeiro, **“Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.”**

Materializa-se através das unidades de competência:

“- Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo utente; - Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família; - Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.”<sup>11</sup>

Também esta segunda competência se concretizou no decorrer do estágio. Para tal, foi relevante a interação com a equipa multidisciplinar do serviço. Observamos as dinâmicas de grupo e algumas técnicas de âmbito terapêutico e psicoterapêuticos fundamentais à reinserção psicossocial do utente, para alcançar um melhor funcionamento pessoal, familiar e social. A observação e participação do dia-a-dia dos utentes e das rotinas do serviço permitiu uma avaliação abrangente das necessidades dos utentes e dos familiares.

Através da comunicação, pedra angular da enfermagem, tentámos identificar quais as necessidades do familiar cuidador, a literacia sobre a doença do seu familiar, as suas capacidades e recursos que fossem promotores de bem-estar e suscetíveis de minorar sobrecarga para o mesmo.

---

<sup>11</sup> Diário da República, 2.ª série – N.º35 – 18 de Fevereiro de 2011

Cabe, ainda mais, ao enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica utilizar técnicas de comunicação (verbal e não verbal) adequadas com o objetivo de estar alerta e capaz para esclarecer as dúvidas e a falta de informação manifestadas pelo familiar cuidador.

O mesmo deve ter uma escuta ativa, respeitar a entidade de cada um, ter uma atitude empática e ser assertivo, utilizando uma linguagem acessível, clara e assertiva dirigida á pessoa a que se destina. Lazure (1994, p. 107) refere que:

“escutar é um ato exigente que obriga a um empenhamento total por parte do Enfermeiro que quer captar todos os indicadores emitidos pelo cliente, tanto verbal como não verbalmente. A escuta total exige uma vigilância sensorial completa, intelectual e emocional, e é necessário saber que esta vigilância consome muita energia”.

Quanto à competência, **ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.** O familiar cuidador e a pessoa dependente estão inseridos numa família, comunidade, sociedade com os quais interagem constantemente e por eles são influenciados.

O conhecimento do contexto familiar, social e cultural do cuidador demonstrou ser muito importante pois assim foi-nos permitido observar a relação existente entre o cuidador e a pessoa dependente tendo em conta as estruturas ambientais, condições de vida e hábitos dos mesmos.

Neste sentido e segundo Barbosa et al (2010), o enfermeiro enquanto pedagogo deve apoiar o familiar cuidador para que através das diferentes situações ocorridas diariamente aprenda a aprender, compreendendo o que está acontecendo à sua volta, sabendo tomar decisões corretas e principalmente sabendo conhecer a doença e as modificações na pessoa doente.

Os familiares cuidadores identificam a necessidade de possuir conhecimentos sobre a doença. As famílias querem receber informação sobre sintomas, desenvolvimento da doença, tratamento e possíveis efeitos adversos sendo que, de acordo com Freitas et al (2008), quando estes cuidadores possuem informações sobre a doença e a sua evolução têm, possivelmente, a convivência mais facilitada na medida em que poderão preparar-se e reorganizar-se para as mudanças.

Segundo Laham (2003), muitos cuidadores familiares apresentavam uma melhora na prestação de cuidados após o apoio dos profissionais de saúde nomeadamente pelas orientações proporcionadas que possibilitavam mais informação e maior segurança.

Quanto à quarta competência do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, **Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde:**

- Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino de saúde mental.
- Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação.
- Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.

A psicoeducação é uma ferramenta de trabalho que incide na prevenção de recidivas e no treino de competências, como por exemplo, competências sociais. Uma das nossas intervenções com os cuidadores familiares foi precisamente a realização de entrevistas psicoeducativas individuais, onde eram feitas abordagens à doença, ao reconhecimento precoce dos sintomas de descompensação e à necessidade de procurar ajuda precoce para prevenir reinternamentos e também onde procurar essa ajuda.

Afonso (2010) refere que a psicoeducação tem como objetivo, melhorar a compreensão da doença pelos próprios doentes e pela sua família e deve ser vista como parte do tratamento. Nesta perspetiva a psicoeducação é:

“um conjunto de abordagens orientadas por dois vetores: ajudar os doentes e seus familiares a aprender o que precisam sobre a doença mental e a dominar novas formas de lidar com ela e com os problemas do quotidiano; reduzir o stress familiar e providenciar suporte social e encorajamento, permitindo um enfoque no futuro mais do que um remoer mórbido do passado (Gonçalves-Pereira et al, 2006, p. 2).



De acordo com Mcfarlane et al, (2003) as intervenções de psicoeducação podem variar na estrutura e na forma, podem ser unifamiliares ou multifamiliares, incluem só familiares ou podem incluir familiares e doente.

A informação pode ser fornecida de várias maneiras, incluindo, transmissão do conhecimento de modo escrito: livros, folhetos informativos, filme sobre a doença ou problema específico; ou através da transmissão oral do conhecimento no decorrer do tratamento do paciente ou entrevista, sendo que esta transmissão oral pode ser feita para um familiar cuidador isoladamente ou para vários em sessões de grupo (Carvalho, 2012).

Nos anos 80 um autor português defendia que existem essencialmente duas grandes formas de intervenção familiar: a educativa e a psicoeducativa (Reis, 2004), a primeira é uma forma de intervenção breve constituída por módulos de informação sobre o que é a doença, como se trata e como se deve lidar com o doente. Para este autor os doentes não devem participar nestes programas, eles apenas se destinam a familiares, que são estimulados a expressarem emoções e normalizarem sentimentos. Já a psicoeducação familiar “...é uma intervenção prolongada no tempo, feita com uma família de cada vez” (Reis, 2004, p. 20).

A psicoeducação em saúde mental tem como objetivos oferecer informação acerca da doença, dos sinais e sintomas, dos sinais de recidiva da doença, do regime terapêutico, de estratégias para lidar com as situações stressantes do dia-a-dia, instituições e profissionais a que recorrer quando tem alguma necessidade. Esta informação que é fornecida ao utente e/ou familiar cuidador irá causar uma diminuição da ansiedade por parte do familiar e do utente e melhorar a relação familiar e psicossocial.

Os enfermeiros especialistas em saúde mental são os profissionais de saúde que ocupam um lugar privilegiado para efetuarem as intervenções psicoeducativas uma vez que estes relacionam-se com as pessoas doentes e com as suas famílias, nos vários contextos clínicos e comunitários, nas diferentes fases da doença mental, e são detentores de conhecimentos aprofundados da doença mental. O enfermeiro deverá acompanhar o utente que sofre de doença mental e a sua família desde a fase aguda ao processo de reabilitação e reintegração na comunidade, manifestando a sua disponibilidade e dedicação ao longo de todo o processo e deve ter em conta as competências relacionais e comunicacionais, assim como, estar motivado em trabalhar com as famílias em parceria (Miranda, 2016).

Estas intervenções vão permitir que doentes e cuidadores adquiram competências que lhes permitam assumir um papel proativo no controle da doença mental grave, do cumprimento do plano terapêutico e na promoção da saúde familiar (Carvalho, 2012).

Tudo o que produzimos parte de um conhecimento, que pode ser teórico, mas que tem que ser adaptado a uma prática concreta que se planeia ou que se nos depara. Esta medida esteve presente também na intervenção aqui refletida. Por ser uma experiência nova implica a aquisição de novos saberes teóricos com que se possa consolidar a nossa ação e torná-la eficaz (Carvalho 2012), embora cientes de que “possuir conhecimentos ou capacidades não significa ser competente” Le Boterf, (2003, p. 16), é no agir e aos olhos de quem beneficia dessa ação que a competência se revela. “A competência não está nos recursos (conhecimentos e capacidades...) a mobilizar, mas na mobilização em si desses recursos.” (Le Boterf, 2003, p. 17)

O texto aqui exposto apenas serve como suplemento à análise do percurso e da evolução das nossas competências. Todos os estadios deste momento académico foram, em simultâneo, uma verdadeira análise da nossa vida pessoal e profissional. Em todas elas lembramos muitos doentes que cuidámos, reconhecendo o que poderíamos ter feito e não fizemos, e porque não fizemos. Em todas elas revivemos muitos momentos pessoais. Através de todas elas compreendemos quem somos, donde viemos e para onde pretendemos ir.

Este foi, sem dúvida, um período de aprendizagens produzidas com base na descoberta e criação, resultante das múltiplas reflexões e encontros na vida e na profissão, que nos possibilitaram a construção de uma identidade no sentido da interiorização de qualidades e atributos com vista à excelência da prática de enfermagem. Tentámos, e seguiremos a tentar abraçar todas as oportunidades que nos possam facilitar a concretização dos nossos objetivos. Todo este recordar se tornou num grande momento reflexivo, planificador em si mesmo de desenvolvimento de um conjunto de competências.

Uma reflexão pessoal sobre a prática diária, o contexto em que ela se desenvolve, os valores em que acreditamos, a nossa própria existência e o desenvolvimento pessoal e profissional, foram algumas das razões que levaram à concretização deste momento académico. Foi intenso, mas bastante proveitoso.

Das dificuldades se fizeram aprendizados, dos obstáculos se fizeram recursos; todo o caminho tinha um objetivo: o aprimorar de competências com o fim último de uma melhor

prestação de cuidados. Isso foi alcançado! Contudo, este caminho não pode ficar jamais terminado, a busca da excelência deve prosseguir.

Ser Mestre em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, não é só fazer um curso de mestrado, ser mestre em enfermagem de saúde mental e psiquiatria é ainda mais do que isso, é construir e construir-se, ao longo do tempo, numa prática pessoal e profissional de excelência.

Ao nível das competências do Mestre julgamos tê-las desenvolvido, efetuando uma prática clínica especializada com a capacidade de desempenhar determinadas funções com rapidez, precisão e eficácia.

## 5 – REFLEXÃO FINAL

O envelhecimento da população é um fenómeno inegável de escala mundial, ao qual a população portuguesa não é exceção. Se por um lado isto traz implicações ao nível das doenças associadas ao envelhecimento, por outro, com o desenvolvimento da medicina os internamentos hospitalares tornam-se mais curtos, provocando uma presença da população idosa mais próxima da comunidade e do ambiente familiar o que também é desejável.

Atualmente verifica-se que a ideia de a pessoa se manter no seu domicílio é imperante à de ser institucionalizada, aparecendo assim o conceito de Familiar Cuidador. Constatámos no nosso projeto, tal como em outros estudos, que este papel está muitas vezes relacionado com o género e grau de parentesco. Assim, essencialmente o familiar cuidador são mulheres, elementos da família, esposa, filha, irmã.

A finalidade da implementação do projeto consistia em identificar as necessidades dos familiares cuidadores de utentes idosos portadores de doença mental, avaliando o nível de sobrecarga em que se encontram, o seu grau de literacia em saúde mental e conhecimentos específicos da doença do seu familiar, e, conseqüentemente contribuir para a adequação das intervenções de Enfermagem Especializada relativamente às necessidades demonstradas, pelo que a Sobrecarga do Familiar Cuidador e a Literacia em Saúde Mental tomaram especial relevo neste trabalho.

Estamos cientes que com a implementação deste projeto ajudamos os familiares cuidadores a alterar comportamentos e atitudes que podem traduzir numa maior resiliência, no sentido de reduzir a sobrecarga advinda da vulnerabilidade adquirida por cuidar do familiar idoso com doença mental, capacitando-o e/ou ajudando-o a encontrar estratégias que minimizem o risco de ele próprio vir a adoecer mentalmente.

Claro que durante a implementação do projeto também nos deparamos com algumas limitações, nomeadamente o número reduzido de participantes, e os limites temporais impostos pelo momento académico. Seria necessário validar os resultados com instrumentos e de forma adequada, porém satisfaz-nos o interesse demonstrado pela equipa de enfermagem em dar continuidade a este trabalho.

Este estudo não fica completo e pode certamente ser melhorado no sentido de aprofundar a temática e enriquecer o estudo. Esta é uma parte que deixamos em aberto para trabalhos futuros, já que embora existam inúmeros e diversificados estudos acerca dos familiares cuidadores e de toda a problemática envolvente à prestação de cuidados a pessoas idosas com doença mental nunca é demais investigar esta temática. É, pois, importante e fulcral valorizar e dignificar o papel dos familiares cuidadores, estudar sobre a importância da literacia em doença mental a fim de criar mecanismos que possam diminuir ou atenuar a sobrecarga sentida por eles no decorrer do ato de cuidar informal.

Com a elaboração deste trabalho descrevemos e apresentamos as competências adquiridas e desenvolvidas. Estes trabalhos oferecem momentos de aprendizagem enriquecedores, conseguindo assim, aprofundar, obter e desenvolver competências na área de saúde mental e psiquiatria, para melhor poder exercer cuidados de enfermagem de qualidade.

A pesquisa bibliográfica, a reflexão e a partilha de experiências com a Equipa Multidisciplinar e os Enfermeiros do Internamento de Psiquiatria do Hospital Nossa Senhora do Rosário, permitiram atingir os objetivos a que nos propusemos e a realizar as atividades que planeamos.

Todo o processo promoveu o crescimento pessoal e profissional bem como desenvolvimento de competências enquanto futura enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, P. (2010). *Esquizofrenia- Para além dos mitos, descobrir a doença*. Cascais: Príncipe Editora, Lda.
- AMADO, J. (2000). *A técnica de análise de conteúdo*. Referência. Coimbra. Nº 5.
- Amaral, P. C., & Durman, S. (2004). O que pensa a família sobre o atendimento oferecido pela psiquiatria. *Acta Scientiarum Health Sciences*, 26, n.º 1, 113-119.
- Antunes M. (2014). *A literacia em Saúde: investimento na promoção da saúde e na racionalização de custos*. XI jornadas APDIS, Lisboa.
- APA – American Psychiatric Association. (2016). *Guia Orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações*. Normas APA e ISSO (NP 405). Lisboa. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Assenhas, A. et al. (2010). *Revista Percursos nº15*. janeiro – março. ISSN1646-5067 Disponível em: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf) Consultado a 26-10-17
- Barbosa, B. Koopmans, F. Silveira, A. (2010). O desenvolvimento de competências do cuidador do paciente com alzheimer a partir das ideias de Paulo Freire. *Revista Augustus*. Rio de Janeiro. Volume 14, nº 29. fevereiro. (p. 35-44).
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bris, H. J. (1994). *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*. Lisboa. Conselho Económico e Social.
- Brito, L. (2002). *A saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos*. Coimbra. Quarteto.
- Brito, M. L. d. S. (2006). Intervenções Psicoeducativas para Famílias de Pessoas com Esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, nº 5, (p. 15-24).
- Caldas de Almeida, J., M. (2013). *Estudo Epidemiológico nacional de saúde mental 1º relatório*. (p.3). Consultado em (05/01/2018). Editor: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa. ISBN: 978-989-98576-0-5.

Camacho, A. C. L. F. & Santo, F. H. do E. (2001). *Refletindo sobre o cuidar e ensinar em Enfermagem*. Consultado em 2 novembro 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n1/11525.pdf>.

Carmo, H. & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da investigação: guia para a autoaprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

Carvalho, A., A. (2013). *Portugal Saúde Mental em Números. Programa Nacional para a Saúde Mental*. Consultado em: (05/01/2018). Editor: Direção-Geral de Saúde. ISSN: 2183-0665.

Carvalho, A. (2017). *Depressão e outras perturbações mentais comuns. Enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes*. (p.3). Consultado em (05/01/2018). Retirado da 1ª parte do artigo com referência o relatório da OMS. Disponível em <http://www.dgs.pt>

Carvalho, J. M. S. (2012). A Psicoeducação como Estratégia de Suporte aos Cuidadores Informais das Pessoas com Esquizofrenia. Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus, Évora.

Casanova, M. P. (2008). *Relatório: Algumas Normas Metodológicas*. Ramada: Escola Secundária da Ramada.

CIPE. (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* Disponível em: [www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/catalogo-ciper-2015.html](http://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/catalogo-ciper-2015.html)

Coelho, M., T., V. (2010). Comunicação Terapêutica e Saúde Mental. In *Do Diagnóstico à Intervenção em Saúde Mental*. Porto. Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. ISBN 978-989-96144-2-0. Pt.14, (p. 116-122)

Colliére, M. (1999). *Promover a Vida: da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. (3ª Edição). Lisboa – Porto – Coimbra: Lidel. ISBN 972-757-109-3.

Chalifour, J. (2008). A Intervenção Terapêutica: *Os fundamentos Existencial-Humanistas da Relação de Ajuda*. Loures: Lusodidata.

Colvero, L. A., Ide, C. C., & Rolim, M. R. (2004). Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 38, n.º 2, (p. 197- 205).

Comissão das Comunidades Europeias. (2005). *Livro Verde: Melhorar a Saúde Mental da População. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*.

Bruxelas: Comissão Europeia. Consultado em outubro de 2017. Disponível em: [http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_pt.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_pt.pdf)

Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. (2007). *Relatório - Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal (2007-2016)*. Consultado em outubro de 2017. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/AC8E136F-50E4-44F0-817F-879187BD2915//relatorioplanoaccaoservicossaudemental.pdf>

Conselho Nacional da Saúde Mental (2002). *Recomendações do Conselho Nacional da Saúde Mental*. Lisboa.

Costa, M. A. et al. (1999). *O idoso: problemas e realidades*. Coimbra. Formasau.

Cutilli, C. (2005). Do Your Patients Understand? Determining Your Patients' Health Literacy Skills. *Orthopaedic Nursing*, (setembro – outubro), Volume 24, Nº5.

DGS – Direção Geral de Saúde. (2013-2017). *Programa nacional para a saúde mental – Plano Nacional de prevenção do suicídio*.

Fernandes, J. d. J. (2009). *Cuidar no domicílio: a sobrecarga do cuidador família*. IV Mestrado em Cuidados Paliativos. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Ferré-Grau C., Aparicio-Casals M., Cid-Buera D., Ricomá-Muntane R., Rodero-Sánchez V. Vives-Relats C. (2008). Valoración del riesgo de claudicación del cuidador em pacientes de Alzheimer, Parkinson, AVC y Depresión. *Revista Humanitatis*. Nº 12, (p. 72-78).

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fortin, M.F. (2000). *O Processo de Investigação, da Concepção à Realização*. (2ª edição). Lisboa: Luso Ciência.

Fortin, M.F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Freitas, E., P. L., Cançado. F., Doll. J., Gorzoni. M. (2006). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (2ª edição). Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.

Freitas, I., Paula, K., Soares, J., Parente, A. (2008). Convivendo com o portador de Alzheimer: perspectivas do familiar cuidador. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. (julho-agosto). Nº 61 (4), (p. 508-513).



Guedes, A. d. S. M. (2008). *Avaliação do impacto da perturbação mental na família, e implementação de um programa psicoeducacional*. Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Medicina - Departamento de Psiquiatria. (Dissertação de mestrado). Consultado em 12 de setembro de 2017. Disponível em: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/23753/2/Avaliao%20do%20impacto%20da%20perturbao%20mental%20na%20familia%20e%20implementao%20de%20um%20programa%20psicoeducacional.pdf>

Guerra, I. (1994). *Introdução à Metodologia de projeto*. Consultado em 19 outubro 2017. Disponível em: <http://www.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf>

Gonçalves, L. H. T. et al. (2006). *Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC*. Texto & contexto - Enferm. Florianópolis. Volume 15, Nº 4.

Gonçalves-Pereira, M., Mateos, R. (2006). *A família e as pessoas com demência: vivências e necessidades dos cuidadores*. Em: Firmino H., Leuschner A., Barreto, J., Pinto L. C., editores. Psicogeriatria. Coimbra: Psiquiatria Clínica. (p. 541-60).

Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., Neves, A., Barahona-Correa, Bernardo., Fadden, G. (2006). *Intervenções Familiares na Esquizofrenia. Dos aspetos Teóricos à Situação em Portugal*. *Ata Médica Portuguesa*. Lisboa. ISSN 1646-0758. N.º 19, (p. 1-8).

Hortelão, A. P. S. (2003). *Qualidade de vida e envelhecimento: Estudo comparativo de idosos residentes a comunidade e idosos institucionalizados na região de Lisboa*. Lisboa. (Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde). Universidade Aberta.

Imaginário, I. M. C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra. Editora Formasau.

INE - Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011: Resultados definitivos – Portugal: XV recenseamento geral da população: V recenseamento geral da habitação*. Lisboa, Portugal: Autor.

INE – Instituto Nacional de Estatística. (2015). *Dia Mundial da população*. Consultado em outubro 2017. Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_estudos&ESTUDOSest\\_boui=56496766&ESTUDOSstema=00&ESTUDOSmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_boui=56496766&ESTUDOSstema=00&ESTUDOSmodo=2)

INE – Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Projeções de População Residente*. Disponível em:

[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_estudos&ESTUDOSest\\_boui=56496766&ESTUDOSstema=00&ESTUDOSmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_boui=56496766&ESTUDOSstema=00&ESTUDOSmodo=2)

Instituto Nacional de Saúde Pública - Dr. Ricardo Jorge (2010). *Literacia em Saúde*. Consultado em 14 de novembro de 2017. Disponível em: <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/PSDC/AreasTrabalho/LiteraciaSaude/Paginas/inicial.aspx>

Jorm, A. (2000). Mental Health Literacy: Public Knowledge and Beliefs about mental Disorders. *British Journal of Psychiatry*. Nº 177, (p.396-401).

Jungbauer, J., Wittmund, B., Dietrich, S., Angermeyer, M. C. (2003). Subjective burden over 12 months in parents of patients with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*, Nº 17 (3). (p 126-134).

Kickbusch, I. (2000). *Health literacy: addressing the health and education divide*. Volume 16, Nº 3. Health Promotion International – Oxford University Press.

Kickbusch, I. (2011). *The European health literacy conference Museum of Natural Science*, Brussels. Consultado em outubro de 2017. Disponível em: <http://inthehealth.eu/research/health-literacy-hls-eu/>

Laham, C. F. (2003). *Perceção de perdas e ganhos subjetivos entre os cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar*. Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo

Lakatos, E. M., Marconi, M. d. A. (2006). *Metodologia do trabalho científico*. (7º Ed). São Paulo: Atlas. ISBN 978-85-224-5425-9. Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Lisboa: Luso Didacta.

Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Lisboa: Lusodidacta;

Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a Competência dos Profissionais*. (3ª Edição). Porto Alegre: Arte Médica. ISBN: 85-363-0129-5, (p. 16-73).

Leme, L.E.G. Silva, P. S.C. (2000). O idoso e a família. In M.P. Netto (Ed), *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo. Atheneu.

Loureiro, L., Mendes, A., Barroso, T., Pereira d. S, J. C., Oliveira, R. A., & Ferreira, R. O. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de enfermagem*. Referência III. (p.157-166).

- Loureiro, N. (2009). *A Sobrecarga Física, Emocional e Social dos Cuidadores Informais de Idosos com Demência*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde não publicada). Porto. Universidade Fernando Pessoa.
- Mackinnon, R. A. (1990). *A entrevista psiquiátrica na prática diária*. (4ª Edição). Artes Médicas, Porto Alegre.
- Mafra, S. C. T. (2011). A tarefa de cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de resignificar o papel da família. *Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia*. Nº 14 (2), (p. 353-363).
- Mcfarlane, W., Dixon, L., Lukens, E., Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*. Volume 29 (2), (p. 223-245)
- Mangas, A. A. A. D. (2009). *Viver aos bocadinhos: o papel do cuidador informal do idoso em contexto domiciliário*. Porto: Universidade Fernando Pessoa. (Dissertação de mestrado). Consultado em 12 de janeiro de 2018. Disponível em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1082/2/alcinamangas.pdf>
- Marques, S. C. L. (2007). *Os cuidadores informais de doentes com acidente vascular cerebral*. Coimbra: Formasau.
- Marques, S. (2007). *Os cuidadores informais de doentes com AVC*. Coimbra. Editora Formasau.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York Springer Publishing Company. ISBN: 9780826105356.
- Michal, M. (1995). *Stress, 2 origens*. Amadora. Edições Roche.
- Miranda, C. M. P. (2016). Abordagem Psicoeducativa nos Cuidados de Enfermagem no âmbito da Saúde Mental e Psiquiátrica. Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiátrica, relatório de Estágio. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Morgado T., Botelho, M. (2014). Intervenções Promotoras da Literacia em Saúde Mental dos Adolescentes: Uma Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*.
- Neeb, K. (2000) – *Fundamentos de enfermagem de saúde mental*. Lusociência, Loures.
- Neri, A. & Debert, G. (1999). *Velhice e sociedade*. Campinas. Papirus.

Nunes, E. (2010). *Literacia, capacitação e participação, condições para o pleno exercício da cidadania em Saúde*. Consultado em 14 de novembro de 2017. Disponível em: [http://www.acs.minsaude.pt/files/2010/03/Cidadania\\_EmiliaNunes.pdf](http://www.acs.minsaude.pt/files/2010/03/Cidadania_EmiliaNunes.pdf)

Nutbeam, D. (2000). *Health literacy as a health public goal: a challenge for a contemporary health education and communication strategies into the 21<sup>st</sup> century*. Volume 15, Nº 3. Oxford University Press. Oxford.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental. Consultado em 30 setembro de 2017. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Consultado em 30 setembro 2017: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (18 de fevereiro de 2011b). Regulamento n.º 129/2011. Diário da República n.º 35, Série II.

OMS – Organização Mundial de Saúde. (2001). *Saúde mental, nova conceção, nova esperança: Relatório sobre a Saúde no Mundo*. Genebra.

Organização Mundial de Saúde (2002). *Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders: A technical consensus statement*. Genebra, Suíça.

Paúl, C. Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa. Climepsi Editores.

Pedro A. R., Amaral O., Escobal A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Port Saúde Pública*. 2016 (3), (p.259–275).

Pereira, M. d. F. C. (2009). *Cuidadores informais de doentes de Alzheimer: Sobrecarga física, emocional e social e psicopatologia*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. (Dissertação de Mestrado). Consultado em 17 de setembro de 2017. Disponível em: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/7152/2/Cuidadores%20Informais%20de%20Doentes%20de%20Alzheimer%20Sobrecarga%20Fis.pdf>.

Petronilho, F. A. S. (2007). *Preparação do Regresso a Casa*. Coimbra: Formação e Saúde, Lda.

- Phaneuf, M. (2005) - *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures (PT): Lusociência.
- Rose, LE. (1996). Families of psychiatric patients: A critical review and future research directions. *Arch Psychiatr Nurs*, Nº 10 (2). (p. 67-76).
- Reis, L. F. (2004). Intervenções Psicoeducativas nas Famílias de Esquizofrénicos. *In Psilogos – Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando da Fonseca*. Sintra. ISSN 1646-091X. Volume 1, Nº 1, (p. 19-41).
- Santos, C. F. P. (2000). *A depressão no idoso - estudo da relação entre fatores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. Coimbra. Editora Quarteto.
- Santos, D., I., F., A. (2008). *As Vivências do Cuidador Informal na Prestação de Cuidados ao Idoso Dependente. Um Estudo no Concelho da Lourinhã*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta. Lisboa
- Scazufca, M. (2002). “Versão brasileira da escala *Burden Interview* para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais” *Revista Brasileira de Psiquiatria*, março, (p. 12-17).
- Sarmiento, E., Pinto, P., Monteiro, S. (2010). *Cuidar do Idoso, dificuldades dos familiares*. Coimbra. Editora Formasau.
- Saura H. S., Sanguesa G. M. R. (2000). Promoción de la salud en los mayores. In M. Sánchez et al (Eds), *Enfermería comunitaria, 3; actuación en enfermería comunitaria. Los sistemas y programas de salud* (pp.131-139). Madrid. McGraw-Hill.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Sequeira, C. - Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referencia*, março 2010; II (12).
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. (1º edição). Lidel.
- Serra, A. V. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.

Schumacher K., Beck C., Marren J. (2006). Family Caregivers, caring for older adults, working with their families. *American Journal of Nursing*. Nº 106, (8), (p.40-49).

Schumacher, K. & Meleis, A. I. (2010). Transitions: A central concept in nursing. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice* (pp. 38-51). New York, NY. Springer.

Sousa, L. Figueiredo, D. Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em Família*. Porto. Âmbar.

Souza, R. C., Scatena, M. C. (2005). Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. (março-abril). Nº 13, (2), (p.173-179).

Uriarte, A., Leturia. M., Leturia, J. F., Yanguas, J. J. (2002). *Intervención Psicosocial en Gerontología: Manual práctico*. (2ª edição). Madrid. Cáritas.

Vicente, A. (2002). *Os poderes das mulheres. Os poderes dos homens*. Lisboa. Gótica.

World Health Organization (WHO) (2013). Health Literacy. Solid Facts. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/what-wedo/health-topics/environment-and-health/urbanhealth/publications/2013/health-literacy.-the-solid-facts>

Waldow, V. (2009). Reflexões sobre Educação em Enfermagem: ênfase em um ensino centrado no cuidado. *Revista O Mundo da Saúde*. São Paulo. n.º 33 (2), (p.182-188). Consultado a 19 outubro de 2017. Disponível em: [https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/67/182a188.pdf](https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/182a188.pdf)

# ANEXOS

## ANEXO I

### **ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDA- DOR**



**ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR  
(SEQUEIRA, 2007)**

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

Score: \_\_\_\_\_ Sobrecarga: \_\_\_\_\_

### **Escala de sobrecarga do cuidador**

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma:

- nunca = (1);
- quase nunca = (2);
- às vezes = (3);
- muitas vezes = (4)
- quase sempre = (5).

Na versão utilizada (1 a 5), obtém-se um *score global* que varia entre 22 e 110, em que, um maior *score* corresponde a uma maior perceção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

- Inferior a 46 = Sem sobrecarga;
- Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;
- Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

## ANEXO II

# CONSENTIMENTO INFORMADO

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Chamo-me Madalena Santos, sou Enfermeira e estou a fazer um estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria em Associação, na Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus – Universidade de Évora, orientada pelo Professor Jorge Almeida (Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde de Castelo Branco). Este estágio implica a realização e implementação de um projeto.

Neste projeto visamos compreender o nível de sobrecarga do cuidador familiar do idoso com doença mental. Para tal pretendemos aplicar a Escala de Sobrecarga do Cuidador Informal de Zarit, traduzida e validada para a população portuguesa por Sequeira (2010). A informação recolhida será absolutamente confidencial, o que significa que não iremos revelar ou divulgar nada que possa identificar as pessoas que aceitem participar no estudo.

Assim, gostaria de poder proceder à aplicação da escala de Sobrecarga do Cuidador Informal. Se concorda, pedia-lhe que assinasse esta folha na qual declara:

1. Que foi esclarecido/a sobre a finalidade e objetivos do trabalho,
2. Que compreendeu a informação que lhe foi dada, teve oportunidade de fazer perguntas e as suas dúvidas foram esclarecidas,
3. Que foi esclarecido/a que pode recusar-se a participar ou interromper a qualquer momento a participação no trabalho, sem nenhum tipo de penalização por este facto.
4. Que aceita participar de livre vontade no projeto acima mencionado,
5. Que autoriza a divulgação dos resultados obtidos, garantindo o anonimato.

(No caso de o/a participante não poder ou não souber assinar, o consentimento deverá ser presenciado por outra pessoa (acompanhante), que o assina).

O participante ou acompanhante (se o entrevistado não souber assinar),

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O Investigador,

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ANEXO III

# GUIÃO DA ENTREVISTA

## ENTREVISTA

Data da recolha de dados: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### PARTE I

#### CUIDADOR FAMILIAR

##### **DADOS PESSOAIS**

###### **1. Sexo:**

- Feminino
- Masculino

###### **2. Idade:** \_\_\_\_\_

###### **3. Estado civil:**

- Casado(a)/ união de facto
- Solteiro(a)
- Viúvo(a)
- Divorciado(a)/ Separado(a)

###### **4. Habilitações Literárias:**

- Sem escolaridade
- Sabe ler e escrever
- 1º ciclo ensino básico (4ª classe)
- 2º ciclo ensino básico (ensino preparatório)
- 3º ciclo ensino básico (9º ano)
- Ensino secundário (12º ano)
- Ensino Superior
- Outro. Qual
- 

###### **5. Atividade Profissional:**

## **CARACTERIZAÇÃO COMO CUIDADOR**

### **6. Grau de parentesco com a pessoa a quem presta cuidados**

- Filho(a)
  - Nora/Genro
  - Esposa/Marido
  - Outro – Qual?
- 

### **7. Tipo de família do cuidador**

- Vive só
  - Nuclear
  - Alargada
  - Outra. Qual
- 

### **8. Vive na mesma habitação da pessoa a quem presta cuidados atualmente**

- Não
- Sim
- Esporadicamente

### **9. Tem a seu cargo, outras pessoas?**

- Não
- Sim

## **PESSOA DEPENDENTE**

### **1. Sexo:**

- Feminino
- Masculino

### **2. Idade: \_\_\_\_\_**

### **3. Estado civil:**

- Casado(a)/ união de facto
- Solteiro(a)
- Viúvo(a)
- Divorciado(a)/ Separado(a)

### **4. Tipo de dependência:**

- Física
- Mental
- Física/Mental



## PARTE II

### Entrevista semiestruturada

1- Sabe qual a doença que afeta o seu familiar?

---

---

---

---

2- O facto de estar a cuidar do seu familiar foi uma decisão sua ou surgiu num contexto sem alternativa?

---

---

---

---

3- Quais os motivos que a levaram a responsabilizar-se por prestar cuidados ao seu familiar?

---

---

---

---

---

4- Quais os cuidados que tem mais dificuldade em prestar?

---

---

---

---

---

5- O cuidar do seu familiar teve consequências na sua vida pessoal, familiar, social e financeira?

---

---

# ANEXO IV

# ARTIGO

## **Importância da literacia em doença mental do idoso para a sobrecarga do familiar cuidador**

### **The importance of literacy in mental illness of the elderly to the overload of the familiar caregiver**

Jorge Salvador Pinto de Almeida<sup>12</sup>; Madalena Sofia Rodrigues dos Santos<sup>13</sup>

#### **RESUMO**

---

O presente artigo consiste numa revisão integrativa da literatura sobre a importância da literacia em doença mental do idoso para a sobrecarga do familiar cuidador. **Objetivo:** analisar a atual literatura sobre literacia em saúde e sua relação na sobrecarga do cuidador familiar do idoso com doença mental. **Métodos:** Para esta revisão sistemática foram feitas pesquisas em bases de dados eletrónicas EBSCO, RCAAP e B-ON no intervalo de tempo de 2007-2017, de trabalhos científicos que abordaram a temática da literacia em saúde, literacia em saúde mental e a sobrecarga do familiar cuidador ao idoso com doença mental. **Resultados:** O envelhecimento da população é um fenómeno inegável de escala mundial, ao qual a população portuguesa não é exceção. A ele se associa um aumento do predomínio de doenças crónicas entre elas, as do foro mental, que, frequentemente exigem a presença de um familiar cuidador para garantir a estabilidade e o bem-estar do familiar doente. É na família que continuamos a encontrar a primeira linha de apoio, onde a necessária presença constante e o assumir do papel de prestador de cuidados informal leva ao aumento da sobrecarga relacionando-se com o cuidar. Perante a dúvida colocada é evidente que a literacia em saúde mental e sobrecarga do cuidador familiar do idoso com doença mental é de extrema importância. **Conclusões:** Segundo os resultados obtidos há a necessidade de se avaliar, planear e implementar intervenções que permitam alterar comportamentos e atitudes, que se possam traduzir em mudança para os grupos familiares, no sentido de reduzir a sobrecarga do cuidador familiar, assumindo, assim, o enfermeiro especialista em Saúde Mental e

---

<sup>12</sup> Jorge Salvador Pinto de Almeida - PhD – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica; Doutorado em Ciências da Vida – Saúde Mental; Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde de Castelo Branco, Pt. ([jospa@ipcb.pt](mailto:jospa@ipcb.pt)).

<sup>13</sup> Madalena Sofia Rodrigues dos Santos – Enfermeira, Centro Hospitalar do Algarve – Unidade de Portimão, Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus/Universidade de Évora, Pt. ([mad.moita@hotmail.com](mailto:mad.moita@hotmail.com)).

Psiquiátrica, um papel crucial perante a família no sentido de aumentar o grau de literacia em saúde mental, dada a correlação existente.

**Descritores:** Cuidador Familiar, Sobrecarga do Cuidador, Literacia em saúde, Envelhecimento.

## ABSTRACT

---

The following article consists in an integrative review of literature about the importance of the literacy in the mental disease of old people, for the overload on the family caregiver. **Objective:** analyse the actual literature about the literacy in mental health and overload of the family caregiver of the old people with mental diseases and its influence on their care. **Methods:** For this systematic review were made researches in the electronic databases EBSCO, RCAAP and B-ON between 2007 and 2017, of scientific works that approach the theme of literacy in health, literacy in mental health and the overload of the family caregiver to the old people that have mental health. **Results:** the aging of the population is an undeniable phenomenon worldwide, which includes the Portuguese population. To him, associates the increasing of chronic diseases, among them, the mental diseases, that usually demand the presence of the family caregiver to ensure the stability and the well-being of the sick. Its within the family that we still found the first line of support, where is necessary an often company and to ensure the role of caregiver leads to the increase of overload. Towards this doubt its evident that the literacy in mental health and the overload of the family caregiver of the old people with mental health its of extreme importance. **Conclusions :** According to the results, there is a need to evaluate, plan and implement interventions that allow changes in behaviors and attitudes, which can be translated into change for the family groups, in order to reduce the burden of the family caregiver, thus assuming the specialist nurse in Mental and Psychiatric Health, a crucial role for the family in increasing the degree of mental health literacy given the existing correlation.

**Description:** Family caregiver, overload of the caregiver, health literacy, aging.

## INTRODUÇÃO

---

O envelhecimento da população é um fenómeno inegável de escala mundial, ao qual a população portuguesa não é exceção. Tem-se verificado um aumento crescente e sem precedentes da população idosa nas sociedades ocidentais, particularmente em Portugal, onde a população com

65 ou mais anos atinge já os 16,4%, estimando-se que em 2060 32% da população portuguesa tenha mais de 65 anos<sup>14</sup>. Ainda de acordo com o Instituto Nacional de Estatística - INE (2015), a proporção mundial de pessoas com 60 e mais anos de idade aumentou e espera-se que continue a aumentar, podendo atingir 21,1% em 2050. As projeções das Nações Unidas apontam para que o número de pessoas com 60 e mais anos de idade passe para mais de 2 mil milhões em 2050, e o número de pessoas com 80 e mais anos de idade poderá mais do que triplicar, atingindo os 392 milhões em 2050. Perante estes dados verifica-se que o envelhecimento da população é uma realidade inegável da sociedade atual, com sérias consequências para a sociedade. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2012), no recenseamento de 2011, denota-se um agravamento deste envelhecimento que se fica a dever à melhoria dos cuidados de saúde, refletido no aumento da esperança média de vida das pessoas, mas também devido ao aumento da incidência das doenças crónicas e/ou incapacitantes, (Melo, Rua & Santos2014). Segundo a Organização Mundial de Saúde (2012), a demência é um crescente problema de Saúde Pública e a família torna-se de extrema importância nos cuidados a estas pessoas, sendo cada vez mais chamada a desempenhar o papel de cuidador. O cuidador familiar pode ser caracterizado como uma pessoa que assiste e cuida de um familiar com algum tipo de doença, deficiência ou incapacidade, o que impede o desenvolvimento normal das suas atividades diárias e das suas relações sociais, passando a sua vida a organizar-se em torno do cuidado ao familiar doente (Ferré-Grau, et al 2011). O familiar cuidador desempenha um conjunto de tarefas no quotidiano que necessitam de conhecimento e treino, tais como atividades de vida diárias, resolução de problemas, tomada de decisão, atividades que requerem competências comunicativas e organizacionais, entre outros cuidados antecipatórios e de vigilância (Schumacher, Beck and Marren, 2006).

Neste papel de cuidador familiar as prestações de tarefas complexas de cuidar implicam uma sobrecarga física, psicológica, emocional e socioeconómica. Segundo este método de cuidar, os familiares cuidadores experienciam várias complicações às quais se associam um conjunto de necessidades, tais como: alterações do sono, fadiga, coping familiar comprometido, processos familiares disfuncionais, entre outros (Ferré-Grau, et al., 2008). Logo, os familiares cuidadores devem ser instruídos, treinados e preparados no sentido de atuar com segurança e maior qualidade quando cuidam. De acordo com Sequeira (2010), o familiar cuidador deve desenvolver três áreas de competências: o saber-saber, o saber-fazer e o saber-ser. Assim, ao adotar o papel de cuidador, a pessoa deve desenvolver, em primeiro lugar, o saber-saber. Isto é deve saber “(...) *como aprender, como adquirir e/ou desenvolver o conhecimento.*” (Sequeira, 2010). O familiar cuidador deve ter e desenvolver capacidades cognitivas relacionadas com o conhecimento e a

---

<sup>14</sup> Ribeiro O, Fernandes L, Firmino H, Simoes MR, Paul C. Geropsychology and psychogeriatrics in Portugal: research, education and clinical training. *International psychogeriatrics / IPA*. 2010; **22**(6): 854-63

informação relativa à doença e às estratégias de cuidar da pessoa doente, que lhe permitam sentir-se o mais à vontade possível nas variadas atividades do dia-a-dia. O familiar que cuida deve estar apto para diversas tarefas, necessitando sempre do máximo apoio possível de um cuidador formal e, por isso, é fundamental que familiares cuidadores e cuidadores formais funcionem em conjunto. Assim sendo e segundo Gonçalves-Pereira, et al, (2006) o papel do enfermeiro torna-se crucial no acompanhamento destas famílias e por conseguinte dos utentes que sofrem de doença mental, quando este os ajuda a lidar com os problemas do seu dia-a-dia, a providenciar uma rede de suporte social, a reduzir os níveis elevados de emoção expressa e a saber mais sobre a patologia. Temos aqui, pois, que a adoção do papel de cuidador familiar implica um bom nível de literacia conquanto possam vir a ficar comprometidas as aprendizagens necessárias para o desenvolvimento dessa atividade, com as consequentes más experiências por falta de aprendizagens, quer no uso inadequado de cuidar dos outros quer de si próprio.

## **MÉTODOS**

---

O presente trabalho assenta numa revisão integrativa da literatura que segundo Fortin<sup>15</sup> constitui um método de pesquisar, catalogar e efetuar um diagnóstico crítico a publicações citadas em estudos previamente realizados por outros autores. Com base no objetivo deste estudo, preconizou-se a sistematização do conhecimento atualizado, baseado na evidência sobre importância da literacia em saúde para a sobrecarga do cuidador familiar. Esta revisão de literatura seguiu todas as etapas do processo metodológico e partiu da seguinte pergunta científica: A literacia sobre a doença mental do idoso influencia a sobrecarga do familiar cuidador?

Os trabalhos a analisar foram selecionados segundo os títulos dos estudos resultantes da pesquisa e, seguidamente, os resumos dos artigos aprovados para leitura dos mesmos. Seguiu-se a leitura do texto completo dos artigos com a aprovação dos mesmos. Dada a questão enunciada associaram-se as seguintes palavras-chave como descritores de pesquisa: Cuidador Familiar; Sobrecarga do Cuidador; Literacia em saúde; Envelhecimento. Foi realizada uma pesquisa na EBSCO, RCAAP e B-ON no intervalo de tempo de 2007-2017.

## **FUNDAMENTAÇÃO**

---

---

<sup>15</sup> Fortin M-F. O processo de Investigação, Da concepção à realização. Lisboa: Lusociência; 1999.

## **Familiar Cuidador**

### *Necessidades / dificuldades do familiar cuidador*

O envelhecimento e o aumento da dependência da população, bem como a evolução da ciência e tecnologia, tornando, por exemplo, os internamentos hospitalares mais curtos, levam a uma necessidade crescente de prestação de cuidados no domicílio. Quando a família é confrontada com a necessidade de cuidar de um dos seus idosos, verifica que a prestação de cuidados é um processo árduo, complexo e dinâmico, caracterizado por constantes variações ao longo do tempo, tanto nas necessidades como nos sentimentos de quem presta os cuidados e os recebe (Sarmiento et al., 2010). Ao iniciar o desempenho destas novas funções, ocorre uma transição para o novo papel de familiar cuidador que, para além de ser um processo complexo, envolve inúmeras variáveis com influência mútua entre si e, conseqüentemente, com valores preditivos diferentes, em função de todos os que estão envolvidos, designadamente do cuidador, da pessoa dependente, do contexto e ambiente em que se desenvolve a prestação de cuidados (Sequeira, 2010).

Tratando-se de uma transição, para melhor entendimento deste processo e do modo como afeta os familiares cuidadores, considera-se uma mais-valia fazer esta análise à luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis. Segundo esta teórica de enfermagem, a transição é caracterizada por diferentes etapas dinâmicas, marcos e pontos de viragem e pode ser definida através dos indicadores de processo e dos resultados finais sendo entendida como a passagem entre duas fases da vida, ou de um estado para outro, pelo que se espera alcançar a adequada adaptação ao novo papel e/ou situação, (Meleis, 2010). Também Schumacher & Meleis (2010) referem que segundo a Teoria das Transições, os familiares cuidadores experienciam uma transição do tipo situacional. Este tipo de transição inclui situações inesperadas que ocorrem na vida da pessoa e requerem uma redefinição dos seus papéis e/ou integração de novos.

### *Sobrecarga do familiar cuidador*

O impacto negativo da prestação de cuidados no familiar cuidador do idoso é frequentemente denominado pela literatura científica de sobrecarga, (Figueiredo, 2007). O termo sobrecarga “refere-se ao conjunto de problemas físicos, psicológicos e socioeconómicos que decorrem da tarefa de cuidar, suscetíveis de afetar diversos aspetos da vida do indivíduo, nomeadamente as relações familiares e sociais, a carreira profissional, a intimidade, a liberdade e o equilíbrio emocional” (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006). Para Michal (1995), a sobrecarga revela “um estado em que as exigências que nos rodeiam excedem a nossa capacidade de as poder satisfazer”, para as quais desempenham fatores determinantes, as pressões temporais, as responsabilidades excessivas, a falta de apoio e as expectativas por parte de nós mesmos e por parte dos que nos

rodeiam. Sequeira (2010) refere que a prestação de cuidados implica que muitas vezes, o cuidador apenas se centre no idoso, levando-o à diminuição dos contactos e ao isolamento. Quando o idoso fica mais dependente os custos económicos aumentam, sendo muitas das vezes suportados pelo próprio cuidador, aumentando desta forma as repercussões negativas. Na perspetiva de Figueiredo, (2007), Sequeira, (2010), a sobrecarga engloba duas dimensões: a objetiva e a subjetiva. A sobrecarga objetiva diz diretamente respeito à tarefa de cuidar, apoio nas tarefas diárias, resolução dos problemas comportamentais e emocionais e refere-se à diminuição de tempo, maior esforço físico, gastos económicos, alterações na vida pessoal, relações familiares e saúde física e mental sendo por isso observável e quantificável (Sarmiento, Pinto e Monteiro, 2010). A sobrecarga subjetiva é definida como os sentimentos, atitudes e reações emocionais do cuidador à experiência do cuidado (Paúl e Fonseca, 2005), ou “perceção pessoal do familiar cuidador sobre as consequências do cuidar” (Sequeira 2010). Tem a ver, portanto, “com as reações emocionais, sentimentos e emoções, relacionadas com as atividades e acontecimentos da dimensão objetiva” (Sarmiento, Pinto e Monteiro, 2010).

Este tipo de sobrecarga, segundo Sequeira (2010), manifesta-se através de alterações psicológicas e sofrimento, com impacto na saúde mental dos cuidadores. Este autor afirma ainda que frequentemente os cuidadores manifestam dores musculares, cansaço, alterações do sono, tristeza, tensão nervosa e irritabilidade. Apesar de todos os problemas físicos que podem advir do ato de cuidar, segundo muitos estudos, a dimensão emocional da sobrecarga, é aquela que mais impacto tem sobre o cuidador (Brito, 2002; Sequeira, 2010). Loureiro (2009) refere que é frequente a existência de sentimentos de hostilidade, raiva, culpa, medo, revolta, solidão e pessimismo em familiares cuidadores, bem como o desenvolvimento de sintomatologia psiquiátrica no decorrer da prestação de cuidados. Gallant e Connell (1998), citado por Sarmiento, Pinto e Monteiro, (2010) acrescentam ainda, que os problemas mais citados pelos familiares cuidadores são: “a depressão, a fadiga, a raiva, o conflito familiar, a culpa, a tensão emocional, a sobrecarga financeira e as alterações psicossomáticas”. Todas estas emoções negativas se repercutem nos diversos domínios da vida do familiar prestador de cuidados, perturbando a sua relação com os restantes familiares e a sua atividade profissional, que passam a ser percecionadas como pouco gratificantes e insatisfatórias (Marques, 2007). Segundo Sequeira (2010) a situação profissional é também considerada um fator importante, sendo os familiares cuidadores sem atividade profissional os que atingem níveis mais elevados de sobrecarga. No que se prende com o apoio psicossocial, uma das necessidades mais sentidas pelos familiares cuidadores é a de ter alguém com quem falar acerca das experiências, dificuldades, preocupações e satisfações inerentes à prestação de cuidados, e em simultâneo a necessidade de reconhecimento pelo seu sacrifício, para se sentir valorizado e apreciado. Segundo Figueiredo (2007), “o êxito de uma política de desinstitucionalização não reside somente na disponibilidade das famílias para o cuidar, mas nos



serviços de apoio necessários para realizá-la eficientemente (...), há que perceber a importância da articulação entre as respostas formais dos serviços de saúde e de proteção social e o apoio informal ou familiar”. É preciso, pensar na qualidade de vida daqueles que envelhecem e sofrem as debilidades próprias da doença e da idade avançada, mas não menos relevante será estudar as consequências que a tarefa de cuidar acarreta, para que se consiga também cuidar dos cuidadores.

### ***Literacia em Saúde***

Segundo Pedro, Amaral e Escoval (2016) “Nos últimos anos, diferentes estudos têm demonstrado que um nível inadequado de literacia em saúde pode ter implicações significativas nos resultados em saúde, na utilização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, nos gastos em saúde. O conceito de literacia em saúde evoluiu de uma definição meramente cognitiva para uma definição que engloba as componentes pessoal e social do indivíduo, assumindo-se como a capacidade de tomar decisões fundamentadas no seu dia-a-dia.” Para Kickbusch (2011) a literacia em saúde surge como uma forma circumspecta de alfabetização em saúde e é cada vez mais importante para o desenvolvimento social, económico e de saúde de um país. Segundo a OMS (1998), citado por Instituto Nacional de Saúde Pública (2010), literacia em saúde é o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde.” Nunes (2010) defende, que unicamente através de bons níveis de literacia em saúde, os indivíduos serão capazes de fazer uso dos seus direitos e deveres enquanto cidadãos, em matéria de saúde. Materializando, a literacia em saúde é um forte preditor do estado de saúde individual (WHO, 2013) e uma parte importante do capital humano e social - melhorando o acesso das pessoas à informação de saúde e influenciando a sua capacidade para usar a informação, “a literacia na saúde é crítica para a capacitação das populações” (Loureiro et al., 2012); alguns autores consideram que a literacia em saúde constitui um promotor importante para a participação efetiva nos cuidados de saúde. Depois de abordados alguns aspetos referentes a literacia em saúde importa salientar a também literacia em saúde mental.

### ***Literacia em Saúde Mental***

A saúde mental sempre foi e infelizmente ainda é, por muitos considerada o «parente pobre» do universo da saúde. As doenças que conduzem a alguma perturbação ao nível da atividade mental de uma pessoa são, frequentemente, esquecidas ou ignoradas. A literacia em saúde mental adentro do conceito mais amplo de literacia em saúde, merece ser considerada, devido à elevada prevalência das perturbações mentais, estimando a OMS (2001) que 10 a 20% das pessoas padeça de pelo menos uma doença mental, ao longo da sua vida. Considerando o aumento da prevalência de doenças mentais na população portuguesa, torna-se essencial a promoção da literacia em saúde

mental. Se esta não for promovida pode resultar num impedimento para a população, na aceitação dos cuidados de saúde mental baseados na evidência de que as pessoas portadoras de perturbação mental poderão ser menosprezadas e não ter acesso aos cuidados de saúde, nem apoio por parte da comunidade (Jorm, 2000). Assim, importa ir pesquisando para fazer face a esta situação, particularmente através da aposta na educação dos profissionais de saúde, mas também da população em geral no sentido de promover uma melhor compreensão e aceitação da pessoa com doença mental (OMS, 2002). Desta forma, parece absolutamente pertinente a abordagem ao conceito de literacia em saúde mental e a sua inclusão no planeamento de intervenções de enfermagem com vista à promoção da saúde.

## RESULTADOS

Outrora a literacia era compreendida como a capacidade de ler, escrever e comunicar. Porém, resultado do interesse crescente dos últimos anos em investigar esta temática tem-se hoje uma perceção mais ampla sobre literacia reconhecendo-a como sendo algo mais do que cumprir a escolaridade com sucesso. Ou seja, implica um domínio profundo de leitura e de escrita que permita uma atuação eficiente nas situações impostas pela sociedade. Segundo Pedro, Amaral e Escoval (2016) “Nos últimos anos, diferentes estudos têm demonstrado que um nível inadequado de literacia em saúde pode ter implicações significativas nos resultados em saúde, na utilização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, nos gastos em saúde. O conceito de literacia em saúde evoluiu de uma definição meramente cognitiva para uma definição que engloba as componentes pessoal e social do indivíduo, assumindo-se como a capacidade de tomar decisões fundamentadas no seu dia-a-dia.”

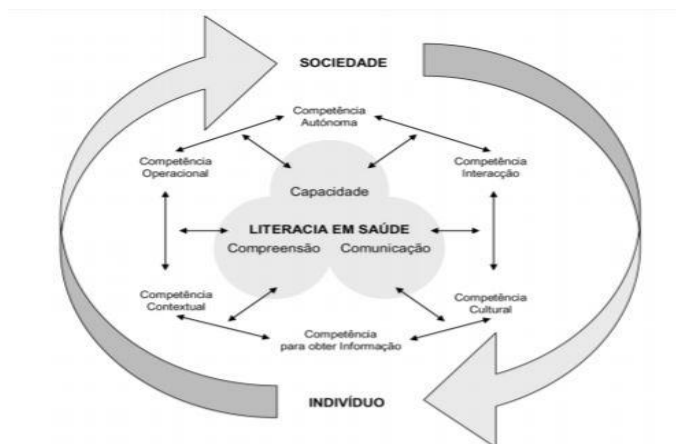


Fig. 1 – Modelo Conceptual da Literacia em Saúde

Fonte: Mancuso (2008; pág.251) cit. por Loureiro, et al (2012; pág. 161)

Dentro das áreas da saúde as doenças mentais foram as que mais alterações sofreram nos últimos anos, quer seja no campo científico e mesmo prático quer seja na opinião pública, ainda que nesta continue a prevalecer uma imagem muito distorcida da realidade, implicando um forte estigma. Assim, e se é comumente aceite que a saúde mental é um bem a preservar, sendo considerada uma prioridade da saúde pública dado o seu inestimável valor, as doenças são contingentes da condição humana, com pesadas implicações para os indivíduos e para a sociedade (OMS, 2001), cit. por Loureiro et al (2012).

Segundo estes autores a expressão «literacia em saúde mental» foi introduzida e definida por Jorm et al. em 1997, e revista em 2000 (p. 396), para se referir ao conjunto de componentes que incluem: “*a) the ability to recognise specific disorders or different types of psychological distress; b) knowledge and beliefs about risk factors and causes; c) knowledge and beliefs about self-help interventions; d) knowledge and beliefs about professional help available; e) attitudes which facilitate recognition and appropriate help-seeking; and f) knowledge of how to seek mental health information*”.

Tomando por base esta definição tornam-se claras as consequências para os cuidadores familiares e para os doentes mentais de quem cuidam. Para estes últimos ao nível dos cuidados, para os primeiros elevando a sobrecarga quando o nível de literacia é baixo.

## **DISCUSSÃO**

---

Os estudos analisados abordam predominantemente a sobrecarga e necessidades dos familiares cuidadores de idosos com patologia mental e a importância da literacia em saúde mental nesta ligação.

A literatura indica que o sistema de saúde precisa de ser mais proativo em dar resposta às necessidades de literacia em saúde no que diz respeito à utilização dos serviços de saúde, direcionando mais as intervenções para o colmatar as necessidades dos cidadãos. Segundo Loureiro (2011), a baixa literacia em saúde mental acarreta consequências e riscos para a sociedade, impedindo o reconhecimento atempado dos sintomas, tanto no próprio como nos outros, atrasando a procura de ajuda, sugerindo a existência de grupos vulneráveis, como sejam os mais velhos, com doença mental, os menos escolarizados e os desempregados e reformados. Assim, com base no que descreve este autor poderíamos associar a sobrecarga do cuidador familiar às consequências e riscos atrás descritas.

Quanto à relação entre o grau de escolaridade e o nível de literacia em saúde, quanto mais elevado for o grau de escolaridade, maior o nível de literacia em saúde. Como descrito previamente, a

literacia é a capacidade do indivíduo em compreender e utilizar a informação no sentido da promoção e manutenção de um bom estado de saúde (OMS, 2014), porém essa informação convém ser transmitida de forma eficaz e de acordo com os traços da população a que se direciona, “A transmissão da informação sobre a saúde é mais eficiente quando os seus conteúdos são especificamente desenhados para uma pessoa ou para um grupo populacional e quando a mensagem é bem delimitada, realçando os benefícios (ganhos) e os custos (perdas) associados aos comportamentos e às tomadas de decisão” (Antunes M., 2014).

O “(...) enfermeiro faz do cuidar a sua função fundamental, a razão que justifica todas as suas atividades e tarefas, sendo o objeto da profissão o ser humano.” (Barbosa *et al.* 2010).

Enquanto ciência, a Enfermagem constitui a base de conhecimentos para a assistência prestada, sendo que ela é também uma arte constituindo a aplicação hábil desse conhecimento para auxiliar os outros a atingirem o máximo em saúde e qualidade de vida (Taylor, Lillis e LeMone, 2007). Esta área deve constituir-se como um importante foco de atuação dos enfermeiros. Portanto, o enfermeiro enquanto educador deve apoiar o familiar cuidador para que através das diferentes situações ocorridas diariamente aprenda a aprender, compreendendo o que está acontecendo à sua volta, sabendo tomar decisões corretas, e principalmente sabendo conhecer a doença e as modificações na pessoa doente (Barbosa *et al.* 2010). O enfermeiro de saúde mental e psiquiátrica exerce a sua atenção na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção contribuindo para a adaptação das respostas do utente e sua família. Enquanto Especialistas uma das nossas competências é realizar e implementar um plano de cuidados individualizado, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados concebendo, entre outras, estratégias de empoderamento que permitam ao utente desenvolver conhecimentos, capacidades de forma a eliminar ou reduzir o risco de doença mental. Salientam-se assim as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2010) para esta especialidade, essencialmente no que a este trabalho diz respeito, no ponto 1, alínea d):

### **Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental**

1. As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental são as seguintes:

a) .../...

d) Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

## CONCLUSÃO

---

Com esta revisão da literatura pretendia-se identificar a importância da literacia na sobrecarga do cuidador familiar, atendendo a que sobrecarga inclui um conjunto de fatores, nomeadamente, ansiedade, depressão e stress, com consequências nefastas na vida de quem tem um familiar idoso com dependência mental. É ainda parca a literatura e o trabalho de pesquisa publicado sobre a importância da literacia em saúde na influência da prestação de cuidados e nos efeitos sobre quem cuida de um doente idoso no domicílio. Porém, da bibliografia consultada para este estudo verifica-se que a escola tem um grande e importante papel na comunidade, pelo que se sugere a inclusão de programas de educação para a saúde nas escolas. Como também se constatou, um bom nível de literacia promove o bom uso dos direitos e deveres de cidadania, em termos de saúde. O mesmo acontece quanto à proteção e prevenção da doença e à promoção da saúde, evitando, por exemplo, o atraso na procura por cuidados de saúde especializados ou melhorando a forma de lidar com a doença quando já instalada. Ao nível das instituições de saúde será também benéfico promover um melhor aproveitamento dos enfermeiros especialistas em saúde mental que, pela sua formação, adotam um papel de professores por excelência.

Sendo este um estudo primário sugere-se a realização de estudos científicos que consigam validar e sustentar melhor a relação Literacia/ Sobrecarga do cuidador familiar em saúde mental.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

Antunes M. (2014). *A literacia em Saúde: investimento na promoção da saúde e na racionalização de custos*. XI jornadas APDIS, Lisboa.

APA - American Psychiatric Association. (2016). *Guia Orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações*. Normas APA e ISSO (NP 405). Lisboa. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Barbosa, B.; Koopmans, F.; Silveira, A. (2010). O desenvolvimento de competências do cuidador do paciente com alzheimer a partir das ideias de Paulo Freire. *Revista Augustus*, Rio de Janeiro; Volume 14, Número 29, fevereiro, semestral; p. 35-44

- Brito, L. (2002). *A saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos*. Coimbra. Quarteto.
- Ferré-Grau C., Aparicio-Casals M., Cid-Buera D., Ricomá-Muntane R., Rodero-Sánchez V. Vives-Relats C. (2008). Valoración del riesgo de claudicación del cuidador em pacientes de Alzheimer, Parkinson, AVC y Depresión. *Revista Humanitatis*. 12,72-78.
- Ferré-Grau C., Rodero-Sánchez V., Cid-Buera D., Vives-Relats C., Aparicio-Casals M. (2011). *Guía de Cuidados de Enfermería: Cuidar al Cuidador en Atención Primaria*. 1ª ed. Tarragona: Publidisa.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gonçalves-Pereira M., Mateos R., Firmino H., Leuschner A., Barreto J., Pinto L. C. (2006). *A família e as pessoas com demência: vivências e necessidades dos cuidadores*. Psicogeriatría. Coimbra: Psiquiatria Clínica. p. 541-60.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011: Resultados definitivos – Portugal: XV recenseamento geral da população: V recenseamento geral da habitação*. Lisboa, Portugal: Autor.
- INE – Instituto Nacional de Estatística. (2015). *Dia Mundial da população*. Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_estudos&ESTUDOSest\\_boui=56496766&ESTUDOSstema=00&ESTUDOSmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_boui=56496766&ESTUDOSstema=00&ESTUDOSmodo=2)
- Instituto Nacional de Saúde Pública – Dr. Ricardo Jorge (2010). *Literacia em Saúde*. Retirado a 14 de novembro, 2017, de <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/PSDC/AreasTrabalho/LiteraciaSaude/Paginas/inicial.aspx>
- Jorm, A. (2000). Mental Health Literacy: Public Knowledge and Beliefs about mental Disorders. *British Journal of Psychiatry*. 177, 396-401
- Kickbusch, I. (2011). *The European health literacy conference Museum of Natural Science Brussels*. Retirado a 13 de dezembro 2017 de <http://inthealth.eu/research/health-literacy-hls-eu/>
- Loureiro, L., Mateus, S., Mendes, M. (2009). *Literacia em saúde mental: conceitos e estratégias para promoção da saúde mental de adolescentes em contexto escolar*.
- Loureiro, L., Mendes, A., Barroso, T., Pereira dos Santos, J. C., Oliveira, R. A., & Ferreira, R. O. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de enfermagem*. Referência III 157-166
- Marques, S. (2007). *Os cuidadores informais de doentes com AVC*. Coimbra. Editora Formasau.

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

Melo, R., Rua, M. Santos, C. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Referencia 2 (iv Série)*, 143-151

Michal, M. (1995). *Stress, 2 origens*. Amadora. Edições Roche.

Nunes, E. (2010). *Literacia, capacitação e participação, condições para o pleno exercício da cidadania em Saúde*. Retirado a 14 de novembro 2017, de [http://www.acs.minsaude.pt/files/2010/03/Cidadania\\_EmiliaNunes.pdf](http://www.acs.minsaude.pt/files/2010/03/Cidadania_EmiliaNunes.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental. Consultado em setembro 2017: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2001). *Saúde mental, nova conceção, nova esperança: Relatório sobre a Saúde no Mundo*. Genebra: OMS

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2002). *Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders: A technical consensus statement*. Genebra, Suíça

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2012). Dementia: a public health priority. Disponível em: <http://www.humana-mente.com/resources/relatorio-OMS-demenca.pdf>

Paúl, C., Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa. Climepsi Editores.

Pedro A. R., Amaral O., Escobal A. (2017). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Port Saúde Pública*. 2016;34(3):259–275..

Sarmento, E., Pinto, P., e Monteiro, S. (2010) *Cuidar do Idoso, dificuldades dos familiares*. Coimbra. Editora Formasau.

Schumacher K., Beck C., Marren J. (2006). Family Caregivers, caring for older adults, working with their families. *American Journal of Nursing*. 106, (8), 40-49.

Schumacher, K. & Meleis, A. I. (2010). *Transitions: A central concept in nursing*. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice* (pp. 38-51). New York, NY. Springer.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.

Sousa, L. Figueiredo, D. Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em Família*. Porto. Âmbar.

Sousa L., Sequeira C., Ferré-Grau C., Martins D., Neves P., Lleixà-Fortuño M. (2017). Necessidades dos Cuidadores Familiares de Pessoas com Demência a Residir no Domicílio: Revisão Integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, ESPECIAL 5

Taylor, C., Lillis, C.; LeMone, P. (2007). *Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem*. Porto Alegre: Artmed, 5ª edição

World Health Organization (2013). *Health literacy. Solid facts*. Copenhagen: WHO Regional for Europ.



