

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto
Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

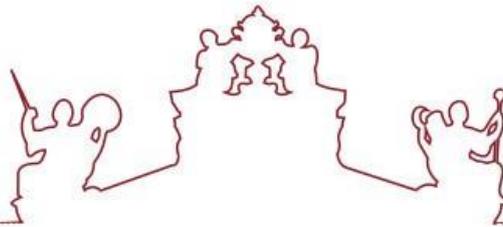
Relatório de Estágio

***“Take care of caregivers”*: Programa de Intervenção de Enfermagem de Saúde Mental na gestão da ansiedade**

Sonia Maria Sobral Pereira

Orientador | Fernanda Paula Santos Leal

Évora 2022



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

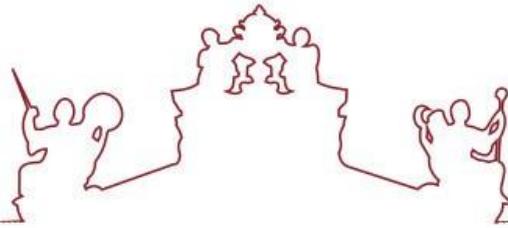
Relatório de Estágio

***“Take care of caregivers”*: Programa de Intervenção de Enfermagem de Saúde Mental na gestão da ansiedade**

Sonia Maria Sobral Pereira

Orientador | Fernanda Paula Santos Leal

Évora 2022



O trabalho de projeto foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Universidade de Évora)

Vogais | Fernanda Paula Santos Leal (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde) (Orientador)

Lino Alexandre Andrade Martins dos Ramos (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde) (Arguente)



“Take care of caregivers”: Programa de Intervenção de Enfermagem de Saúde Mental na gestão da ansiedade

RESUMO

O EESMP, observa todos os aspetos biopsicossociais que envolvem a pessoa, e as consequências dos mesmos ao nível da saúde mental. Neste processo os cuidadores informais são fundamentais, mas prática diária, são muitas vezes delegados para segundo plano, pois o foco é a pessoa doente. O internamento em UHD, pode desencadear o aparecimento de níveis ansiedade patológica moderada ou grave, nos cuidadores informais.

Surge então a necessidade de criar programas de intervenção de enfermagem de saúde mental direcionadas para esta população. Neste sentido, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, em diferentes bases de dados científicas e através da consulta de vários manuais publicados, no período temporal entre Novembro 2021 e Dezembro 2021, seguida da Metodologia de Projeto, para desenhar o programa de intervenção de enfermagem de saúde mental *“Take care of caregivers”*.

O trabalho de projeto termina com a reflexão sobre a aquisição de competências do MSMP

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, Intervenção terapêutica de suporte, Relação de ajuda, Cuidador informal, Programa de Intervenção e Ansiedade

“Take care of caregivers”: Mental Health Nursing Intervention Program in anxiety management

ABSTRAT

The EESMP observes all the biopsychosocial aspects that involve the person, and their consequences in terms of mental health. In this process, informal caregivers are a fundamental part, but daily practice, they are often delegated to the background, as the focus is on the sick person. Hospitalization in UHD can trigger the appearance of moderate or severe pathological anxiety levels in informal caregivers.

Then comes the need to create mental health nursing intervention programs aimed at this population. In this sense, an integrative literature review was carried out, in different scientific databases and through the consultation of several published manuals, in the period between November 2021 and December 2021, followed by the Project Methodology, to design the nursing intervention mental health program *“Take care of caregivers”*.

The project work ends with a reflection on the acquisition of MSMP competences

KEYWORDS: *Mental and Psychiatric Health nursing, Supportive therapeutic intervention, Helping relationship, Informal caregiver, Intervention Program e Anxiety*

ÍNDICES DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 - A relação de ajuda profissional segundo Jaques Chalifour	200
Figura 2- A intervenção terapêutica numa perspetiva existencial- humanística	311
Quadro 1 - Planeamento do Programa	
.....444	
Quadro 2 - Plano de intervenção terapêutica	466
Figura 3 – Procedimento do programa de intervenção “Take care of caregivers”.....	
..... 544	

LISTA DE ABREVIATURAS

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

ESMP - Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

MSMP – Mestrado em Saúde Mental e Psiquiátrica

UHD – Unidade de Hospitalização Domiciliária

UC- Unidade Curricular

SEG – segundos

SMP- Saúde Mental e Psiquiátrica

SWOT - (S=Strenght (Forças); W=Weaknesses (Fraquezas); O=Opportunities (Oportunidades); T=Threats (Ameças)

ÍNDICE

0. Introdução.....	9
1. Enquadramento teórico.....	11
1.1. Cuidador informal.....	11
1.2. Ansiedade	13
1.3. Cuidados de enfermagem especializados em saude mental e psiquitrica	15
1.4. Modelo de ajuda profissional de jaques Chalifour.....	16
1.4.1. A pessoa.....	21
1.4.2. O interveniente	24
1.4.3. O contexto e o ambiente da relação	28
1.4.4. Os processos presentes na relação de ajuda profissional.....	28
1.5. Intervenções terapeuticas de suporte	32
1.5.1. Tranquilizar.....	34
1.5.2. Ensinar	35
1.5.3. Encorajar	35
1.5.4. Favorecer a catarse.....	36
1.5.5. Servir de agente de realidade.....	36
1.5.6. Tornar o ambiente reparador.....	37
2. Metodologia de projeto.....	38
2.1. Diagnóstico de situação	38
2.2. Definição dos objetivos	41
2.3. Planeamento	42
2.4. Execução e Avaliação	47
2.5. Divulgação de resultados	56

3. Análise e reflexão sobre as competências	57
3.1. Desenvolvimento de competências comuns ao enfermeiro especialista	57
3.2. Desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica	66
3.3. Desenvolvimento de competências de mestre em enfermagem.....	83
4. Conclusão	86
Referências Bibliograficas	87

O. INTRODUÇÃO

Não há saúde sem saúde mental, a saúde mental é um estado de bem-estar em que a pessoa aprecia a vida, realiza as suas capacidades, enfrenta o stress normal da vida, trabalha eficazmente e contribui para a comunidade em que se insere (Organização Mundial de Saúde, 1946). Neste sentido a saúde mental é o fundamento, quer para o bem-estar pessoal, quer para o funcionamento efetivo da comunidade (Diário da República, 2015).

O presente relatório é realizado no âmbito do 5º Curso de Mestrado em Associação de Enfermagem da Universidade de Évora, vertente de especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica, e relata o percurso da estudante e as competências adquiridas com o referido Mestrado.

Os estágios decorreram numa Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD), de um hospital do Sul do país, sendo a opção por não realizar os estágios numa unidade de internamento de psiquiatria, consciente uma vez que, os objetivos da estudante, enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), eram de adquirir mais competências na área da saúde mental do que na área da Psiquiatria.

Ao longo do estágio final foi desenvolvido um programa de intervenção, que prevê delinear uma resposta de cuidados especializados a um grupo de população com vulnerabilidade, no caso os cuidadores informais das pessoas internadas na UHD. O Internamento em UHD, despoleta na maioria dos casos aumento de sintomatologia psiquiátrica, sendo segundo Silva (2011) e Felipe, et al., (2020), a ansiedade um dos sintomas de doença mental nos cuidadores informais, não esquecendo que é influenciada não só a qualidade de vida do cuidador, como também os outros elementos que fazem parte do núcleo de relacionamento (Cunha, 2012). Esta resposta de cuidados, procura consubstanciar-se nos enunciados descritivos relativos aos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (Diário da República, 2015), visando a qualidade dos cuidados da Enfermagem.

O modelo de ajuda profissional de Chalifour (2008a), que exige um bom conhecimento de si, do seu papel, dos fundamentos teóricos que conduzem a sua prática e dos processos em curso numa relação de ajuda e nas intervenções de carácter psicoterapêutico, e a Metodologia de Projeto que segundo Ruivo et al. (2010) se baseia numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua

resolução, sendo promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência, foram as opções metodológicas, para a realização do Relatório de Estágio.

Os objetivos do Relatório de estágio são:

- Descrever o processo de elaboração do programa de intervenção de enfermagem de saúde mental, para a gestão da ansiedade dos cuidadores informais das pessoas internadas na UHD;
- Analisar e refletir sobre as competências adquiridas durante o Mestrado em Saúde Mental e psiquiátrica (MSMP).

O Relatório está dividido em 3 capítulos. No primeiro é realizado o enquadramento teórico, acerca do cuidador informal, da ansiedade, dos cuidados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, onde se aborda referencial teórico do modelo de ajuda profissional de Jaques Chaliifour, aprofundando os conceitos e temáticas mais relevantes para o seu desenvolvimento, destacando as intervenções terapêuticas de suporte

No segundo capítulo, será abordado o desenvolvimento, do programa de intervenção “*Take care of caregivers*”, baseado na metodologia de projeto de Ruivo, et al (2010), e descritas as etapas de diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação e divulgação dos resultados, cuja área temática é a gestão da ansiedade dos cuidadores informais das pessoas internadas na UHD, integrada na intervenção terapêutica de suporte.

No terceiro capítulo consta uma análise e reflexão sobre as principais atividades e competências desenvolvidas e adquiridas no âmbito do MSMP, nomeadamente no âmbito das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde mental e Psiquiátrica.

O trabalho segue as orientações para elaboração de trabalhos académicos da Universidade de Évora e a referenciação bibliográfica da *American Psychology Association* 7ª edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. CUIDADOR INFORMAL

A tarefa de cuidar de um familiar é reconhecida como um dever da família, sendo os cuidados no domicílio prodigalizados para a maioria da população pela família, vizinhos e parentes próximos. São maioritariamente mulheres que ao dar a vida pelos cuidados á criança no momento que nasce, mas também assistem na morte prestando assim cuidados em torno de tudo o que acontece e envolve esses dois grandes momentos da vida (Collière, 2003).

Araujo et al. (2010), considera que nas últimas décadas os sistemas de saúde e de proteção social, atribuíram às famílias algumas responsabilidades dos cuidados aos seus familiares delegando-lhes o papel central dos cuidados em situação de doença e dependência. Neste sentido as respostas da família são condicionadas por diferentes fatores como o grau de dependência da pessoa, as experiências individuais e os recursos formais e informais de que dispõem (Araujo et al., 2010). Porventura, subsiste a importância de continuar a cuidar de Si enquanto cuida do seu familiar, motivo pelo qual o estado português procura integrar em termos de políticas de saúde, o estatuto de cuidador informal. É necessário integrar a promoção da saúde e do bem-estar mental nas estratégias de promoção e proteção da saúde das populações, de forma abrangente e intersectorial (Republica Portuguesa, 2019).

Uma das mais diretas consequências do envelhecimento da população portuguesa é o número crescente de pessoas que prestam cuidados informais a familiares seus, doentes crónicos com incapacidade. (Republica Portuguesa, 2019), em Portugal o nº de cuidadores informais é cerca de 1 milhão de pessoas, sendo que o sexo feminino é praticamente o dobro que o sexo masculino (Instituto Nacional de Estatística, 2020). O número de cuidadores informais praticamente duplicou nos últimos dois anos, devido á ausência das medidas de apoio, falta de acesso aos recursos existentes e encerramento das respostas sociais, provocada pela pandemia Covid-19 (Observador, 2020).

Tendo-se investigado e reconhecido o importante papel destes familiares, foi obtido durante o ano de 2019, o reconhecimento legal referente ao Estatuto dos cuidadores informais (Republica Portuguesa, 2019). Este Estatuto, regula os direitos e os deveres do cuidador e da

pessoa cuidada, estabelecendo as respetivas medidas de apoio para ambos. A 10 de janeiro de 2022 o decreto regulamentar veio estabelecer os termos e as condições do reconhecimento do estatuto de cuidador informal bem como as medidas de apoio aos cuidadores informais e às pessoas cuidadas (Presidência de Conselho de Ministros, 2022).

Foram definidos dois conceitos relativos aos cuidadores informais, expressos no estatuto do cuidador informal, nomeadamente:

- **O cuidador informal principal:** é o cônjuge ou de união de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que cuida desta e a acompanha de forma permanente, partilhando com ela a mesma habitação, não auferindo qualquer tipo de remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada (Assembleia da República, 2019).
- **Cuidador informal não principal:** é o cônjuge ou de união de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta regularmente, mas não permanentemente. Distingue-se ainda do cuidador informal principal por poder auferir ou não de remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada e não precisa de viver na mesma casa (Assembleia da República, 2019).

Optámos por manter a designação de cuidador informal e não eleger um dos dois conceitos referidos uma vez que se previu poder cuidar de pessoas cujos critérios estariam enquadrados em ambos os conceitos. Assim, o cuidador informal enquanto elemento fulcral na prestação de cuidados à pessoa dependente no domicílio, garante cuidados e assegura a necessária continuidade dos mesmos, ao longo de períodos de tempo expressivos. A nível individual, alguns autores reportam que esta atividade é desgastante e com desafios constantes, acarretando um aumento da sobrecarga a diferentes níveis (Melo et al., 2014). Parekh, et al. (2016), realizaram o primeiro estudo em larga escala, sobre a qualidade de vida na perspetiva do cuidador de pessoas com doença inflamatória do intestino, concluindo que é necessário um aumento do suporte facultado aos cuidadores, para melhorar o impacto na sobrecarga do cuidador e na sua qualidade de vida, também Minayo (2021) conclui que a saúde do cuidador informal tem sido negligenciada, uma vez que não existem ações ou iniciativas voltadas especificamente para esse público. Pelo exposto, urge a necessidade de planear e executar ações/políticas que contemplem a saúde do cuidador, diante do ato cuidar, percebendo-se que estes cuidadores, a quem a sociedade apelida de informais, são elementos essenciais de um cuidado que pesa, que desgasta física e emocionalmente (Movimento cuidar dos cuidadores

informais, 2020). Quanto maior o conhecimento destes aspetos, maior a probabilidade da sua prevenção (Correia, 2019). Num estudo realizado com o objetivo de avaliar e caracterizar, as necessidades não atendidas dos cuidadores, concluiu-se que, um número elevado de cuidadores teve grande necessidade de suporte, devido á sobrecarga quer mental quer física (Sklenarova, et al., 2015).

O impacto dos cuidados prestados a pessoas dependentes no sistema familiar, tem sido habitualmente reconhecido como uma experiencia física e emocionalmente desgastante, que pode afectar o bem-estar psicossocial, a saude física e a qualidade de vida dos cuidadores, levando a um aumento da morbilidade dos cuidadores(Silva, 2011). Ao nível da saude mental 25% das patologias relatadas pelos cuidadores são do foro mental e 51,4%, dos cuidadores relatam pelo menos um episódio de doença mental anterior (Silva J. , 2011), nomeadamente de episódios de ansiedade e depressão (Sklenarova, et al., 2015). A presença de sintomas de depressão e ansiedade, de acordo com os autores, influencia não só a qualidade de vida daquele que cuida, mas também a assistência prestada (Felipe, et al., 2020).

Nesse sentido, e compreendendo que os cuidadores informais, mais do que os não principais, são um importante grupo de pessoas que deve proteger a sua saúde, os enfermeiros precisam tê-los como foco da sua atenção e procurar o corpo de intervenções de enfermagem que visem satisfazer as necessidades manifestadas pelo cuidador durante o processo de prestação de cuidados (Melo et al., 2014), ou contribuir para uma melhor adaptação a este papel, ou gestão do sofrimento vivido no cuidado ao familiar.

1.2. ANSIEDADE

Todas as pessoas experimentam, pelo menos ocasionalmente, um determinado grau de ansiedade. Isto não é necessariamente negativo - na verdade, a ansiedade desempenha a importante função de proteger o organismo contra o perigo (Rebelo & Carvalho, 2015; Dias, 2022). Quando é percecionada uma ameaça, são os diferentes componentes da resposta de ansiedade (aumento do ritmo cardíaco, aumento do ritmo respiratório, aumento da tensão muscular, criação de um estado de alerta) que permitem que o indivíduo esteja preparado para a ação (seja esta o ataque ou fuga) (Dias, 2022).

De acordo com a Ordem dos enfermeiros (2016) a ansiedade é uma emoção negativa: sentimento de ameaça; perigo ou angústia. A ansiedade é descrita pela American Psychiatric

Association (2014), como a antecipação de ameaça futura, estando associada mais frequentemente a tensão muscular e vigilância em preparação para enfrentar um perigo futuro, adotando os comportamentos protetores, já referidos anteriormente, de cautela ou esquiva.

A ansiedade não patológica caracteriza-se como um alarme protetor desencadeando respostas automáticas e imediatas que estimulam o ser humano a agir em modo de defesa. (Rebello & Carvalho, 2015; Dias, 2022)

Ansiedade patológica é caracterizada, segundo (American Psychiatric Association, 2014), como uma preocupação (apreensão expectante) exagerada acerca de um conjunto de acontecimentos ou atividades que ocorrem em mais de metade dos dias por um período de pelo menos seis meses. São acompanhadas de pelo menos três sintomas adicionais de uma lista que inclui: inquietação, factibilidade, dificuldade em concentrar-se, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono.

Quando a ansiedade não é diagnosticada e conseqüentemente não tratada, tornasse debilitante tanto a nível físico como psíquico, além de que a probabilidade de desenvolver doenças crônicas acresce em cerca de quatro vezes mais. (Direção Geral da Saúde, 2013)

As perturbações depressivas e de ansiedade encontram-se na 4.^a e 6.^a posição, respetivamente, dos problemas de saúde que mais contribuem para a incapacidade (Republica Portuguesa, 2019) surgindo em termos de prevalência as perturbações da ansiedade (16,5%) e as perturbações do humor (7,9%) como as perturbações psiquiátricas com maior prevalência na população portuguesa (Republica Portuguesa, 2019).

A ansiedade é um transtorno psicológico comum em cuidadores informais de pessoas em unidades de hospitalização domiciliária, que afeta a saúde daquele que exerce o ato de cuidar, de forma holística nas perspetivas físicas, psicológicas e sociais (Sequeira & Sampaio, 2020; Santos & Rangel, 2021)

Dos cuidadores informais participantes no estudo de Felipe, et al. (2020), 18,4% apresentaram sintomas de depressão, 8,8% apresentaram sintomas de disforia, e 46,4% apresentaram ansiedade em diferentes níveis: 10,5% apresentaram níveis severos de ansiedade, 14,0% níveis moderados a severos, e 21,9% níveis leves e moderados. Foi verificada também a existência de relação significativa entre a ansiedade e depressão percebida no cuidador informal. Uma das conclusões deste estudo reporta a que esse resultado implica a necessidade de uma reorganização do planeamento de cuidados voltados para o cuidador, utilizando-se principalmente instrumentos que proporcionem a deteção precoce desses sintomas. Ainda, é necessário o conhecimento na prestação de cuidados para aliviar esses sintomas de ansiedade

e prevenir o surgimento da depressão. Também Silva (2011) no seu estudo sobre sintomatologia psiquiátrica do cuidador informal, refere que a ansiedade é o segundo maior sintoma de doença mental nos cuidadores informais, identificado no seu estudo.

1.3. CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS EM SAUDE MENTAL E PSIQUITRICA

Os cuidados de enfermagem, têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por EESMP (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Os EESMP desempenham um papel fundamental, complementarmente aos cuidados da equipa de saúde, são eles que acompanham e ajudam a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidades, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto na prevenção e deteção precoce de alterações do estado de saúde mental dos utentes e seus cuidadores (Melo et al., 2014)

O EESMP compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental da pessoa assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Assim, a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

As intervenções do EESMP visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, Padrão de Documentação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, autocuidado, ocupação útil, stresse do prestador de cuidados, promoção da autonomia, entre outros), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família. (Ordem dos enfermeiros, 2018). A partir da sua formação e das suas experiências profissionais, cada enfermeiro vai construindo, de uma forma mais ou menos articulada, o seu modo singular de

estar em relação com as pessoas. Esta forma de fazer e estar estrutura-se em torno de algumas variáveis, independentes das condições em que a ajuda é dispensada (Chalifour, 2008a).

1.4. MODELO DE AJUDA PROFISSIONAL DE JAQUES CHALIFOUR

Nos cuidados de enfermagem, o trabalho relacional com a pessoa cuidada é primordial uma vez que é o veículo de toda a intervenção. Mas nem sempre os enfermeiros tomam consciência do valor desta relação, como também desvalorizam o alcance do papel do eu, enquanto prestadores de cuidados. Há em primeiro lugar a importância do tempo de contacto com as pessoas cuidadas. Em comparação com os outros intervenientes do mundo da saúde, os enfermeiros são os profissionais que passam mais tempo à sua cabeceira. Passam mesmo por vezes longas horas junto de uma mesma pessoa porque esta está particularmente atingida e em sofrimento (Phaneuf, 2005).

“A qualidade do contacto torna-se primordial uma vez que permite não somente conhecer melhor a pessoa cuidada, mas também apreender melhor a sua dificuldade a fim de intervir eficazmente. E se cada instante deste contacto fosse portador de respeito, de empatia, de uma intencionalidade precisa alvejando o problema particular e permitindo aplicar estratégias para interagir, que eficácia poderiam ter os nossos cuidados! É preciso reconhecer que a ausência de uma relação válida entre a pessoa cuidada e a enfermeira, e falta de um trabalho relacional intensivo, desumanizam os cuidados e despersonalizam o papel da enfermeira, transformando-o numa sucessão de gestos organizacionais frequentemente esvaziados do seu significado terapêutico” (PHANEUF, 2005, p.11)

A profissão de enfermagem tem no seu código deontológico (Ordem dos Enfermeiros, 2015), um quadro de competências do enfermeiro, tais como, respeito pela pessoa, a capacidade de se abster de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida, não lhe impondo o seu quadro de valores, contribuindo assim para a criação de um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa, algumas destas competências estão

descritas por Carl Rogers (1997), quando descreve as características necessárias ao profissional para criar uma relação de ajuda eficaz:

- É congruente, de modo que as palavras estão de acordo com seus sentimentos em vez de divergirem, e compreende os sentimentos essenciais da pessoa;
- É transparente, mostra-se tal como é. Nenhum sentimento referente a esta relação é escondido quer do profissional ou da pessoa;
- Ter desenvolvimento pessoal, para poder facilitar o desenvolvimento pessoal das pessoas que estão em relação com o profissional. Esta é das características mais difíceis e que nunca está totalmente terminada. Mas também das mais enriquecedoras, o simples fato de compreender que essa é sua tarefa, ajuda a reconhecer o que estava errado nas relações interpessoais que se obstruíram e a dar-lhes novamente uma direção construtiva;
- Compreender que em certas relações, ou em determinados momentos dessas relações, se pode permitir, com segurança, mostrar interesse pelo outro e aceitar estar ligado a ele como a uma pessoa por quem tem sentimentos positivos. Evitando que a pessoa seja tratada como um objeto, como acontece muitas vezes no domínio clínico. O profissional mais bem-adaptado e mais competente pode estar em interação com o cliente ao longo de inúmeras entrevistas, sem interferir com a sua liberdade de desenvolver uma personalidade completamente diferente do profissional;
- Ser capaz de captar e de formular com clareza o sentido daquilo que a pessoa vivenciou e aceitar que para a pessoa ainda continua a ser vago e difuso;
- Aceitar a pessoa como ela é, porque uma atitude condicional o cliente não pode mudar nem desenvolver-se nos aspetos que o profissional não aceita completamente. Esta não aceitação por parte do profissional, normalmente tem a ver com medo ou sentimento de ameaça por qualquer especto dos seus sentimentos. Para poder prestar uma maior ajuda é necessário que se desenvolva e aceite esses sentimentos em mim mesmo;
- Agir com sensibilidade para que a relação não seja compreendida como uma ameaça, evitando comentários mais fortes que o sentimento das pessoas, como “Meu deus, como está perturbado”. Se conseguir libertar a relação deste tipo de ameaças externas, então a pessoa pode começar a vivenciar e a enfrentar os sentimentos e os conflitos internos que lhe parecem ameaçadores;
- Conseguir manter uma relação livre de qualquer juízo de valor, pois isso permitirá à outra pessoa atingir um ponto em que ela própria reconhecerá que o lugar do julgamento, o centro da responsabilidade, reside dentro de si mesma. O sentido e o

valor da sua experiência é algo que depende em última análise dela e nenhum juízo exterior os pode alterar;

- Aceitar as pessoas num processo de tornar-se quem é, ajudando a confirmar ou tornar real as suas potencialidades;
- Ter a capacidade de criar relações que facilitem o crescimento do outro como uma pessoa independente, é uma medida do desenvolvimento que o próprio profissional atingiu.

A Relação de ajuda para Rogers (1997) e Chalifour (2008a), é uma relação na qual pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida. Enquanto ferramenta de intervenção privilegiada no trabalho psicossocial, remete-nos para o desenvolvimento de uma relação centrada na pessoa, que a valorize e ajude a desenvolver competências que lhe permitam empoderar-se e emancipar-se. O início de uma relação de ajuda poderá determinar o rumo da intervenção sendo, portanto, fundamental que o profissional reflita sobre o seu papel, o papel do outro, da relação e do contexto de intervenção (Chalifour, 2008a; Veiga & Vieira, 2018).

Jacques Chalifour, desenvolveu um modelo de relação de ajuda profissional, inspirado na corrente de pensamento existencial-humanista. As pessoas que intervêm em relação de ajuda com base nos seus fundamentos, sustentam-se em certas crenças que orientam as suas intervenções de um modo particular. Neste sentido, o modelo aqui apresentado inspira-se mais diretamente em três premissas relativas à pessoa ajudada, à dimensão relacional e ao interveniente que favorece esta relação (Chalifour, 2008a).

Em relação à pessoa ajudada, parte-se da premissa de que esta possui recursos latentes que lhe permitem atualizar de um modo ideal todas as suas características. Assim, a intervenção terapêutica consiste, em ajudar a pessoa a tomar consciência do que a está a impedir de reconhecer o seu modo particular de estar no mundo; consiste em acolher a pessoa de modo que, este se possa desenvolver de acordo com a sua natureza (Chalifour, 2008a).

Na premissa da dimensão relacional, considera-se que é através da qualidade das relações que a pessoa estabelece com o seu ambiente humano e físico, percorre o seu caminho no sentido da atualização ideal dos seus recursos. É necessário considerar as relações que estabelece com o ambiente externo, mas também a qualidade das relações que mantém consigo próprio, uma vez que nestas trocas com o ambiente é a totalidade da pessoa que está envolvida, mesmo que a sua necessidade de ajuda se expresse mais particularmente numa das suas

dimensões. Com frequência, a necessidade de ajuda de uma pessoa deriva da sua dificuldade em estabelecer relações harmoniosas consigo própria e conseqüentemente com o seu ambiente (Chalifour, 2008a).

A terceira premissa refere-se ao interveniente, na expressão consciente das suas qualidades pessoais e profissionais que se situa a base de todas as suas intervenções. Em condições de exercício profissional, que considerem a necessidade de ajuda expressa pela pessoa, o interveniente deve manifestar empatia e respeito incondicional pela pessoa, e simultaneamente exercer as funções de perito relativamente aos problemas e às dificuldades vividas pela pessoa, quer estas sejam de ordem física ou psicossocial. Ele pode igualmente manifestar estas atitudes através do seu papel de "facilitador", ajudando a pessoa a aceder mais facilmente aos seus processos internos e a desenvolver uma maior consciência de si, de modo que se torne mais apto na gestão das dificuldades que vive (Chalifour, 2008a).

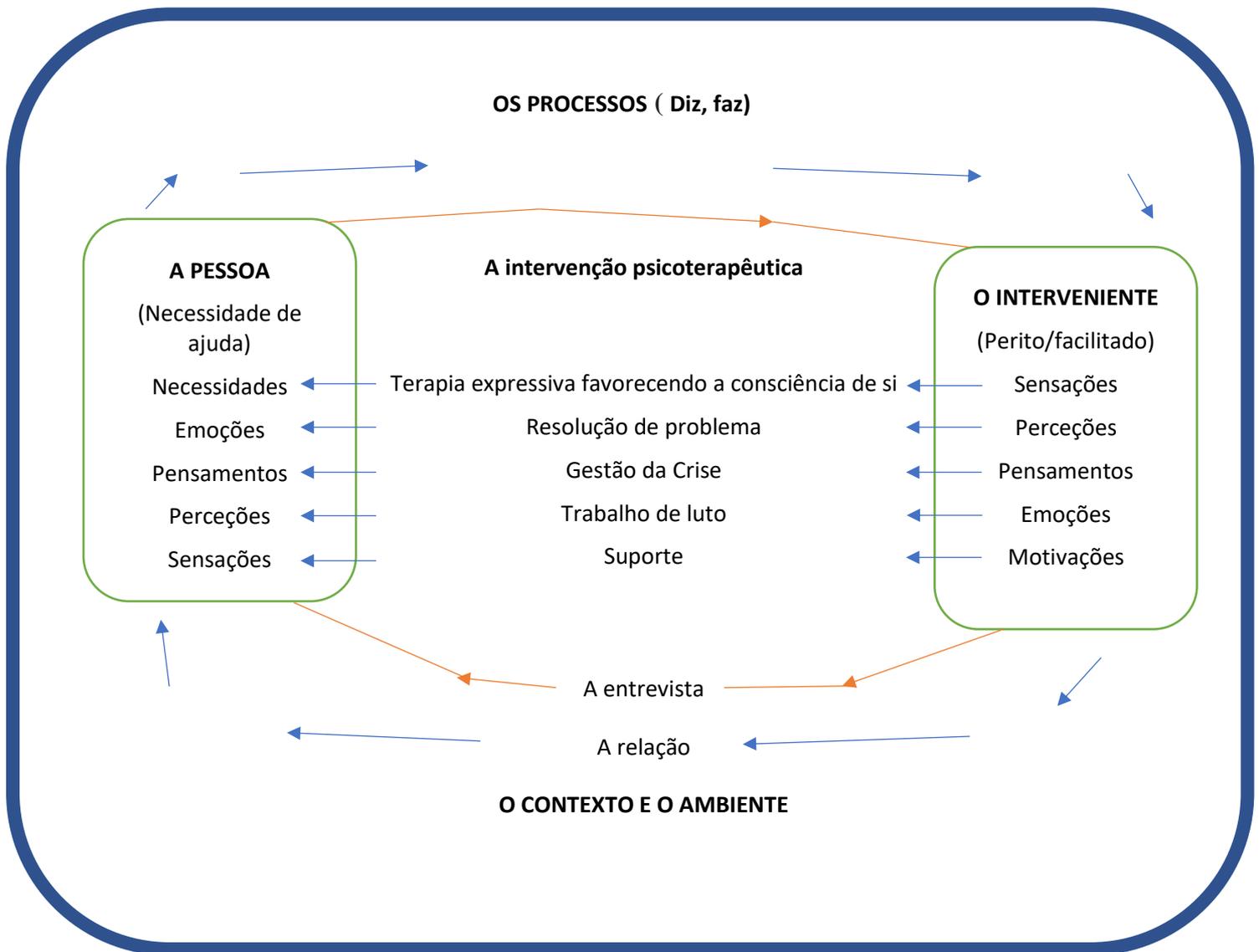


Figura 1 - A relação de ajuda profissional segundo Jaques Chalifour (Chalifour, 2008a).

“O aspeto funcional do modelo faz com que, à imagem de toda a relação humana, este sistema aberto se constitua, tome forma, cresça, se desenvolva e finalmente desapareça. Conhece momentos de excelente funcionamento quando as duas pessoas em presença interagem entre elas, o que contribui para alimentar esta relação de ajuda: a pessoa mantém a interação através das suas qualidades pessoais e do seu desenvolvimento na exploração de si na busca de soluções. Por seu lado o interveniente, com respeito e consideração oferece

suporte e uma ajuda perceptível ao longo do processo, fruto dos seus conhecimentos e habilidades relacionais e da sua competência profissional” (Chalifour, 2008a, p.11-12)

Os componentes do modelo de relação de ajuda profissional são segundo Chalifour (2008b):

- A pessoa, que constitui a razão de ser desta relação, que é a finalidade deste sistema, isto é, que apresenta uma necessidade de ajuda mais ou menos definida;
- O interveniente, que ajuda a pessoa a reconhecer as suas necessidades e os seus recursos (facilitador) e em função das necessidades, põe de um modo sustentado, as suas competências ao serviço do conteúdo desta relação (perito) de forma a ajudar o cliente a mobilizar certos processos de natureza psicoterapêutica;
- Os processos, que representam diferentes modos de estar em relação e que servem de catalisador a esta conjugação de energia com a finalidade de responder à necessidade de ajuda;
- O ambiente físico e social, e o contexto da relação, que influenciam diretamente a forma e estrutura da relação.

1.4.1. A PESSOA

Um sistema aberto

A pessoa que sente uma necessidade de ajuda pode ser considerada como um sistema aberto, composto por características biológicas, cognitivas, sociais, afetivas e espirituais. Estes componentes são interdependentes sob o plano energético e por essa via, cada um deles é simultaneamente consumidor e produtor de energia, de informação e de matéria que troca com os outros componentes do organismo. A qualidade destas características está diretamente relacionada com a unicidade da pessoa na medida em que

dependem diretamente da sua hereditariedade e das experiências por ela vividas ao longo do seu processo de maturação (Chalifour, 2008a, p. 14).

No contexto de uma relação profissional, qualquer que seja a dificuldade que a pessoa apresenta é necessário considerar o conjunto das suas características, vendo a pessoa, como todo um sistema constituído de subsistemas biológicos, cognitivos, afetivos, sociais e espirituais. É igualmente reconhecido que cada um destes componentes só pode ser compreendido em interligação. Para o profissional, estes processos, são simultaneamente fonte de informação e objeto particular de intervenção (Chalifour, 2008a).

“Se a pessoa for capaz de atingir uma consciência apurada de si e do seu ambiente, poderá reconhecer melhor as suas necessidades não satisfeitas, as fontes de ameaças internas e externas, o sentido que ela lhes atribui e as emoções que a habitam. Após esta análise estará em condições de escolher os comportamentos a adotar. Por outras palavras, em condições "ideais", a pessoa pode privilegiar comportamentos que favorecem simultaneamente a sua atualização e as exigências do meio. Nesse caso, a pessoa favorece a recuperação ou a manutenção da sua saúde. Assim, se a pessoa tiver uma percepção errónea de si ou do seu ambiente, pode fazer escolhas pouco adaptadas à situação e pouco suscetíveis de responder às suas necessidades” (Chalifour, 2008a, p. 16)

A interação com o ambiente

A pessoa está em constante interação com ambientes físicos e humanos muito diversificados. De modo mais ou menos consciente efetua múltiplas aprendizagens que influenciam o seu modo de estar em relação. Deste modo, adquiriu valores, e herdou costumes que modelam a sua vida em sociedade. Da integração destas aprendizagens e das suas características hereditárias (inatas) resulta um modo particular de estar e fazer, traduzido nos seus comportamentos com os outros. Desta integração podem resultar crises positivas que são

geradoras de crescimento, de aprendizagem e de desenvolvimento da autoestima, ou crises negativas, acompanhadas de um sentimento de medo e de uma atitude de retraimento, poderão dar lugar a bloqueios importantes no desenvolvimento da pessoa (Chalifour, 2008a).

Para Chalifour (2008a), a pessoa é suscetível de sentir uma necessidade de ajuda quando uma ou várias das seguintes condições estão presentes:

- possui um conhecimento de si deficitário ou erróneo;
- possui um conhecimento insuficiente ou erróneo do seu ambiente;
- apresenta um défice de atenção relativamente as informações que continuamente capta através dos seus sentidos internos ou externos;
- recusa em acolher favoravelmente a informação que é transmitida pelo seu organismo;
- interpreta incorretamente os dados que provêm do seu organismo e do seu ambiente, por défice de conhecimentos, de julgamento, de capacidades intelectuais ou ainda, porque os interpreta à luz de experiências passadas que não têm relação com a situação atual;
- é invadida por certas emoções que afetam (medo, ira, ansiedade, culpabilidade, receio, etc.);
- e incapaz de reconhecer uma necessidade, um gosto, uma preferência, um desejo de modo suficientemente marcado, para mobilizar as suas energias no sentido de uma ação concreta;
- manifesta dificuldade em fazer uma síntese destes dados e de fazer as escolhas necessárias;
- não é capaz de agir por falta de competências, por falta de confiança nos seus recursos ou por falta de coragem perante os riscos que corre (Chalifour, 2008a,p. 18).

Em tais condições, se a dificuldade é percebida pela pessoa como uma ameaça importante à sua integridade psíquica e se não recebe a ajuda necessária, é passível de viver um

distúrbio mental mais ou menos grave em função da sua personalidade particular, e distúrbios físicos, cujas primeiras manifestações são frequentemente ignoradas pela pessoa. A necessidade de ajuda psicológica, tanto aparece em pessoas que estão de tal modo bem integradas no seu meio que chegam a negar quase totalmente a sua própria individualidade, como em pessoas que não conseguem interagir de modo satisfatório com o seu ambiente físico ou humano a fim de responder às suas necessidades e simultaneamente de respeitar as exigências deste ambiente. No primeiro caso, o organismo tenta através de sinais e sintomas, trazê-la à realidade, tais como: desordens psicossomáticas, exacerbação do estado emotivo ou perturbações do funcionamento perceptivo, intelectual ou espiritual, no segundo caso vivem tensões, ansiedade e sentem-se incapazes de ir buscar ao seu ambiente os recursos necessários para a satisfação das suas necessidades (Chalifour, 2008a).

A saúde

A pessoa saudável possui uma boa capacidade de adaptação e saber o que é bom para si, possui os recursos necessários para entrar em relação com o seu ambiente e com os outros, e para procurar aquilo de que necessita (Chalifour, 2008a).

A doença

Se a pessoa não possui os recursos psíquicos necessários para enfrentar os problemas que considera importantes, viverá dificuldades de adaptação, sintomas e certos distúrbios de comportamento. Em consequência, a pessoa não consegue continuar a escutar um ou vários destes processos psicológicos internos e naturalmente utilizar de modo pertinente os recursos do seu ambiente para fazer face as dificuldades vividas. Ela tem necessidade de ajuda (Chalifour, 2008a).

1.4.2. O INTERVENIENTE

Um sistema aberto

O interveniente além de possuir as mesmas características humanas que a pessoa, possui conhecimentos habilidades e atitudes ligadas ao seu papel profissional (Chalifour, 2008a).

Os conhecimentos

Segundo Chalifour (2008a) o trabalho profissional exige elevado conhecimento e consciência de si-mesmo, com a finalidade de discernir o mais distintamente possível o que é

que esta relação suscita em si, de que maneira as suas características pessoais influenciam a qualidade da relação e que utilização pode fazer de si-mesmo, para fins terapêuticos; possuir um bom conhecimento geral das teorias correntes do desenvolvimento e do funcionamento psíquico do ser humano e, carece de uma visão clara da(s) teoria(s) que privilegia na sua prática e que desenvolva processos e estratégias terapêuticas com a finalidade de estruturar e fazer progredir as suas intervenções. A partir deste conhecimento de si, do seu papel e dos conteúdos teóricos em que acredita, o interveniente define a sua própria conceção de relação de ajuda profissional, que se refletirá no seu modo particular de fazer e estar ao longo das suas intervenções.

As habilidades

No momento da intervenção, o interveniente deve ser capaz de traduzir em comportamentos articulados, as suas características pessoais e os seus conhecimentos profissionais, para tornar a sua ação eficaz na elaboração e desenvolvimento de intervenções pertinentes. Para além de perceber as mensagens conceptuais e afetivas transmitidas pela pessoa, o interveniente emite as suas próprias mensagens. Ele deve ser sensível ao que comunica e assegurar-se de que o conteúdo verbal das suas intervenções, no fundo e na forma, é apropriado face aos objetivos perseguidos. Para tal deve possuir habilidades e técnicas de comunicação: saber colocar questões, reformular, reiterar, dar feedback, sintetizar, revelar -se, transmitir informações, etc. Deve ainda conhecer com clareza o poder da comunicação não verbal e utilizá-la de modo consciente ao longo das entrevistas (Chalifour, 2008a).

As atitudes

A relação exprime-se especialmente no reconhecimento do outro como pessoa total e manifesta-se através de certas atitudes do interveniente. Exteriorizando-as ele convida a pessoa a adoptá-las para si mesmo. As cinco atitudes que são frequentemente mencionadas na literatura dividem-se em dois tipos, as recetivas ou facilitadoras (a compreensão empática, a autenticidade e o respeito caloroso) e as essenciais ao suporte da pessoa em sofrimento (compaixão e a esperança) (Chalifour, 2008a).

As técnicas

Phaneuf (2005), descreve os dois tipos de comunicação a verbal e não verbal.

“A comunicação não verbal é uma troca sem palavras. Ela cobre um largo espectro de expressões corporais e de comportamentos que transcendem,

acompanham e suportam as relações verbais entre as pessoas, e contribuem para o seu significado. Sem estar organizada em função de um código preciso, esta linguagem é em si mesma, de maneira intencional ou não intencional, portadora de sentido” (Phaneuf, 2005, p.68).

Através da comunicação não verbal, podemos transmitir vários tipos de mensagens á outra pessoa, como, exprimir as sensações, as emoções e os sentimentos; regular as trocas; confirmar ou apoiar palavras; manter a autoimagem; ajudar a estabelecer laços significativos com os outros e a mantê-los (Phaneuf, 2005).

A comunicação verbal é um arranjo de palavras-símbolo que dá um sentido ao que queremos exprimir. Pela magia das palavras exprimem-se as informações, as opiniões, os sentimentos e as emoções que permitem as pessoas entrarem em contacto, criar relações harmoniosas e desenvolver relações significativas e profundas. Se a enfermeira quando está a comunicar com a pessoa demonstrar os comportamentos de não verbal adequados, demonstra que se preocupa com a pessoa e não se interessa por outra coisa enquanto comunica com ela (Phaneuf, 2005).

Na área da saúde as trocas verbais são instrumentos funcionais frequentemente desumanizados, e a palavra que reconforta, porém tão necessária à qualidade de uma relação, nem sempre responde ao encontro (Phaneuf, 2005). É por isso, muito importante as competências na área da comunicação:

- “Uma melhor observância do tratamento é notada quando a comunicação enfermeira-pessoa cuidada é eficaz, estando, por outro lado, a não observância ligada a fracos resultados na progressão para uma melhoria do estado de saúde;
- Estratégias de comunicação deficientes contribuem para o falhanço da transmissão da informação aos doentes, e está provado que o ensino constitui um elemento importante da evolução para a cura ou da adaptação à doença;
- Uma insuficiência na sensibilidade e na compaixão da enfermeira pode estar ligada à sua incapacidade de ler o comportamento não verbal do doente;

- Expectativas irrealistas, tanto da parte do doente como da parte da enfermeira, são geradas por uma má interpretação recíproca do que dizem um ao outro;
- As dificuldades de compreensão e de colaboração que surgem entre as enfermeiras e as pessoas cuidadas provêm muitas vezes da atitude dominadora, paternalista e etnocêntrica das enfermeiras;
- Vários dos problemas éticos relativos à confidencialidade, ao consentimento esclarecido e à informação do doente, certos conflitos que daí decorrem, provêm de dificuldades de comunicação e de distorções perceptuais não esclarecidas de uma e de outra parte;
- A insatisfação, tanto da pessoa como da sua família, nasce frequentemente de mal-entendidos e de faltas de jeito nas trocas com a enfermeira, da ausência de empatia do pessoal de cuidados, da sua atitude insensível, desumana e dominadora” (Phaneuf, 2005, p.83)

Ter sempre em atenção, que no caso de sinais verbais e não verbais contraditórios, são os não verbais que são apreendidos pelas pessoas (Phaneuf, 2005).

Os comportamentos intencionais

“O interveniente é antes de mais uma pessoa que possui certas características, humanas e profissionais, indissociáveis. É com estas características que entra em relação. Utiliza com excelência e intencionalmente os seus conhecimentos, habilidades e atitudes a fim de criar condições relacionais que constituem o meio de dispensar ajuda ou o seu contexto de aplicação. Um conhecimento aprofundado das motivações pessoais e profissionais que o habitam permitem-lhe dar um sentido a esta relação e dosear a energia nela existente” (Chalifour, 2008a, p. 26-27)

1.4.3. O CONTEXTO E O AMBIENTE DA RELAÇÃO

A relação de ajuda profissional desenvolve-se num determinado ambiente e contexto. Têm uma influência direta nos objetivos, na estrutura das trocas e no resultado destas. Entre as variáveis que constituem o contexto, algumas estão ligadas á pessoa: as suas características, a razão pela qual consulta e as suas expectativas. Outras referem-se ao interveniente: o seu estatuto profissional e de emprego, as suas competências (Chalifour, 2008a).

A ajuda profissional ocorre em lugares muito diversificados. Quer seja num gabinete privado, no domicílio de um cliente ou numa unidade de cuidados, o profissional deve criar as condições que facilitem a troca e respeitem o seu carácter confidencial (Chalifour, 2008a).

1.4.4. OS PROCESSOS PRESENTES NA RELAÇÃO DE AJUDA PROFISSIONAL

Os principais processos em curso numa relação, são a comunicação, que toma a forma particular de uma relação, a entrevista que resulta desta relação e, as intervenções com carácter psicoterapêutico, que podem ser utilizadas ao longo desta relação.

- A relação
 - Comunicação corrente
 - As fases da relação de ajuda (a orientação da relação, o trabalho ou a emergência das identidades e a conclusão)
- A entrevista
 - Antes
 - O início
 - O corpo da entrevista
 - O fim
 - Após
- Estratégias Terapêuticas
 - Intervenção terapêutica expressiva favorecedora a consciência de si
 - Intervenção terapêutica de resolução de problemas
 - Intervenção terapêutica na crise
 - Intervenção terapêutica no processo de luto
 - Intervenção terapêutica de suporte

“**A relação** que se estabelece num contexto de ajuda profissional reveste -se de um carácter particular. A priori parece apresentar as características de uma comunicação corrente onde, como em toda comunicação social, ocorre troca de informação entre duas pessoas. Porém no contexto de uma ajuda profissional, o papel das pessoas em presença, a posição que ocupam uma relativamente à outra e o carácter frequentemente intimista de uma tal experiência, contribuem para que o objeto da troca e as expectativas das pessoas assumam uma outra importância. O interveniente está atento ao conteúdo desta comunicação e ao serviço oferecido, mas também, ao modo de o oferecer e à forma como o cliente o recebe e reage perante ele. Em certos contextos de ajuda onde o problema vivido pelo cliente é sobretudo de ordem relacional, particularmente quando consiste numa dificuldade em entrar em contacto com os outros, a atenção dispensada ao outro e à qualidade da relação, deve ser o núcleo da intervenção terapêutica” (Chalifour, 2008a p. 28).

A entrevista é um tipo particular de interações verbais e não verbais entre um interveniente e uma pessoa, ao longo das quais os participantes utilizam certos modos de fazer e estar em função da compreensão dos seus papéis, do contexto, das suas características particulares, do conteúdo tratado, dos objetivos esperados e do tempo que acordaram para este fim (Chalifour, 2008a).

A psicoterapia, pode visar o desenvolvimento e a transformação de personalidade, mas toda a intervenção terapêutica visa ajudar a pessoa a modificar um comportamento, a gerir um sintoma ou um síndrome e a desenvolver as capacidades de adaptação (Chalifour, 2008a). As estratégias terapêuticas que vão ser abordadas neste relatório visam capacitar a pessoa, assim como promover a sua adaptação um novo papel, para o qual necessita dos enfermeiros enquanto recurso, dimensão que se inscreve nas características da intervenção terapêutica de suporte.

O modelo de ajuda profissional, salienta cinco estratégias psicoterapêuticas. Cada uma enquadra-se numa visão existencial-humanista da pessoa e da intervenção terapêutica. A escolha de uma ou de outra destas estratégias, realiza-se em função da dificuldade vivenciada

pela pessoa, das suas características, das suas expectativas e do contexto da prática. São elas a Intervenção terapêutica expressiva favorecendo a consciência de si; a Intervenção terapêutica na resolução de problemas; a Intervenção terapêutica na crise, a intervenção terapêutica no processo de luto e a intervenção terapêutica de suporte (Chalifour, 2008a).

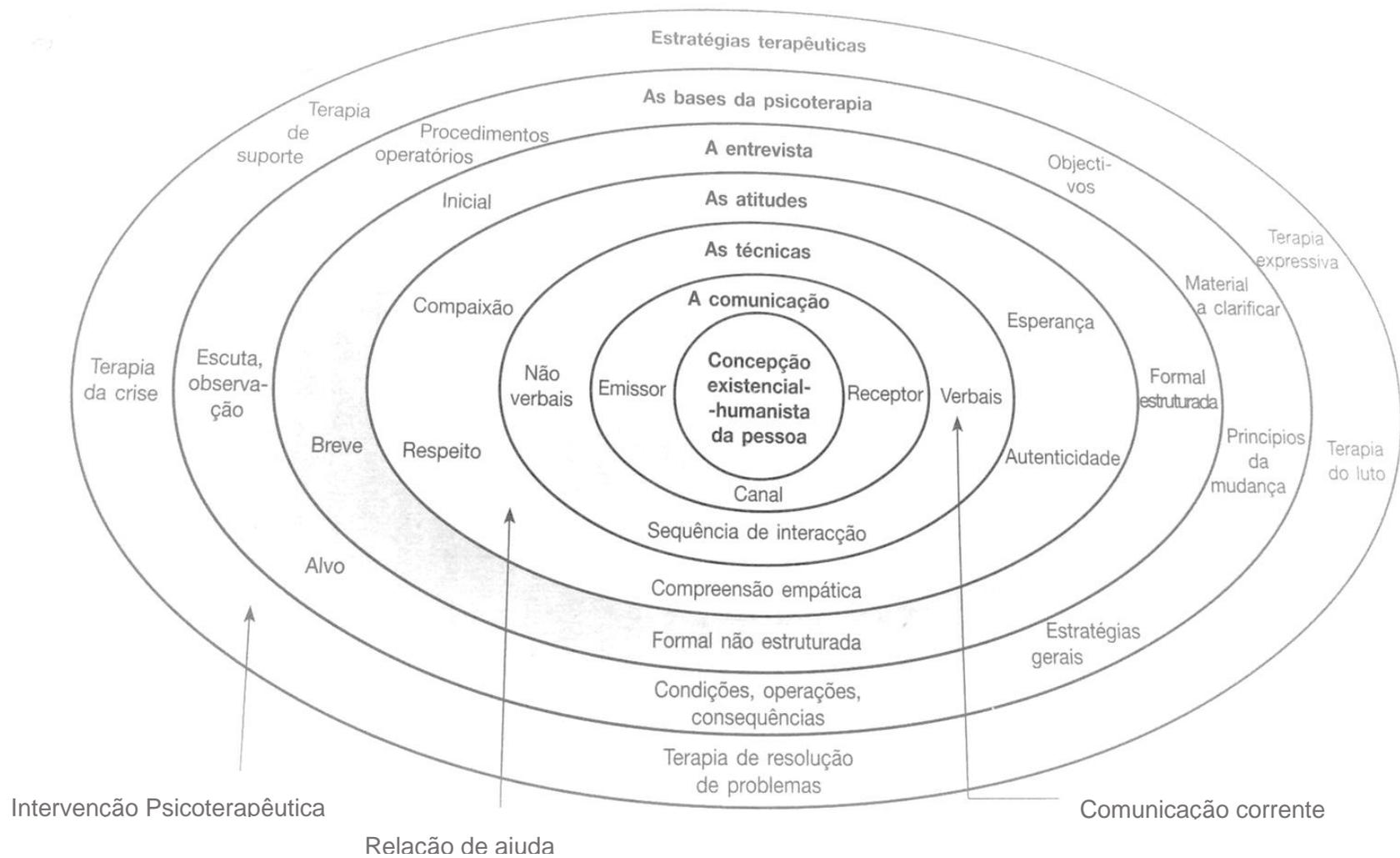


Figura 2- A intervenção terapêutica numa perspetiva existencial- humanística (Chalifour, 2008ª, p.3).

1.5. INTERVENÇÕES TERAPEUTICAS DE SUPORTE

De todas as estratégias terapêuticas do modelo de ajuda profissional de Challifour, optou-se pela intervenção terapêutica de suporte pois pode utilizar-se em numerosos contextos, para encorajar ou ajudar emocionalmente uma pessoa numa experiência difícil na qual se enquadra a ansiedade dos cuidadores informais das pessoas internadas em UHD.

A intervenção terapêutica de suporte é de entre todas as abordagens psicoterapêuticas aquela mais frequentemente utilizada pelos profissionais de saúde, quer seja no contexto de uma intervenção curta, quer seja no contexto de uma intervenção longa mas é a menos pesquisada em comparação com outras estratégias de intervenção terapêutica (Chalifour, 2008b), no entanto tem sofrido um grande desenvolvimento nos últimos 25 anos (Novalis et al., 2020).

A intervenção terapêutica de suporte é uma tipologia de intervenção terapêutica, assente num conjunto de técnicas e regras usada para conduzir a recuperação em saúde mental, tendo em conta os objetivos acordados entre o profissional de saúde mental e a pessoa (Novalis, Singer, & Peele, 2020)

Esta estratégia terapêutica tem a sua origem nas diferentes formas de suporte social da vida quotidiana, de que todo o ser humano, em condições de saúde, é ao mesmo tempo dispensador e beneficiário (Chalifour, 2008b). A intervenção terapêutica de suporte evoluiu e/ou surgiu a partir do tempo da psicanálise. Durante o tempo em que a psicanálise e a psicodinâmica eram as escolas predominantes de psicoterapia. Existiam pessoas que não eram consideradas como “analisáveis” devido a várias razões, mas que necessitavam de uma abordagem terapêutica (Grover et al., 2020). Inicialmente, na era da psicanálise, a terapia de suporte, não exigia formação teórica, ou treino específico, estava apenas dependente do bom senso do profissional de saúde mental, das suas habilidades interpessoais e simpatia. Ao longo dos anos, o entendimento sobre a intervenção terapêutica de suporte foi sendo alterado e é agora considerada por vários autores como utilizando vários princípios de escolas de pensamento (Grover et al., 2020).

A intervenção terapêutica de suporte centra-se no alívio de sintomas como a ansiedade e melhoria da autoestima, e numa modificação de comportamentos através do suporte dos mecanismos de adaptação da pessoa e dos recursos ambientais, para restaurar ou melhorar a autoestima e as habilidades adaptativas (Novalis et al. (2020); Grover et al. (2020). Neste sentido, não tem como objetivo da sua intervenção alterar os traços de personalidade ou mecanismos de defesa das pessoas, mas visa estabilizá-los. Pode ser adequada para pessoas

bem ajustadas que estão a viver situações complicadas, das quais resulta tensão e angústia, em que os mecanismos de defesa não são suficientes para enfrentar a situação. Também é usada para pessoas, em que outras formas de abordagem terapêutica não são adequadas, quando exigem tolerarem um alto nível de ansiedade para a interpretação dos seus comportamento e mecanismos de defesa (Grover et al., 2020).

Muitas pessoas sentem dificuldades de adaptação relacionadas com a sua situação de doença ou resultado de tratamento, afetando o autocontrolo da sua vida. Alguns requerem suporte, temporário ou permanente, seja sob o plano instrumental, afetivo ou cognitivo que lhes permite adquirir ou conservar alguma autonomia residual, bem como viver o dia-a-dia de modo seguro e encontrar nele um certo sentido (Chalifour, 2008b).

Quando se conhece a importância do suporte e das diferentes formas que pode assumir quotidianamente nas trocas humanas, é mais fácil compreender a pertinência da sua utilização no contexto de uma intervenção terapêutica junto das pessoas que, devido a limites físicos ou psíquicos, não podem, de forma temporárias ou permanente, oferecer a si mesmas um suporte nem procurar aquilo de que necessitam (Chalifour, 2008b).

A intervenção terapêutica de suporte, é considerada por alguns autores como estando no polo oposto da intervenção terapêutica expressiva. Na intervenção terapêutica expressiva, é comum estabelecer-se um período previsível de intervenção terapêutica sustentada com tempos pré-agendados, duração constante de sessões, regras de confidencialidade, entre outros (Dewald, 1994).

Na intervenção terapêutica de suporte, a flexibilidade pode ser consideravelmente maior. As sessões podem ser mais breves ou mais longas, dependendo das necessidades e conforto da pessoa; às vezes as pessoas podem precisar de sessões mais ou menos frequentes; a configuração pode ser mais variável; os cuidados hospitalares podem por vezes ser necessários; sessões breves (ou seja, vinte minutos) promovem relatórios conscientes de introspeção; interromper uma sessão pode ser útil se a pessoa já não quiser continuar (Dewald, 1994).

Segundo (Werman, 1992), a intervenção terapêutica de suporte beneficia vários tipos de pessoas, de entre as quais:

- Apresentam dificuldade em fazer introspeção, por exemplo reconhecer e expressar as emoções que vivem em diferentes momentos;
- Apresentam dificuldade em adiar a gratificação dos seus impulsos;

- Apresentam muita dificuldade em tolerar a presença de um certo sofrimento psíquico;
- Utilizam de forma pronunciada os mecanismos de defesa como a negação, a projeção e a dissociação;
- Não podem exprimir o seu sofrimento moral de outra forma que não através de sintomas físicos (somatização).

Na intervenção terapêutica de suporte, o profissional de saúde mental é muito ativo, porque utiliza as suas competências de perito e de facilitador. Enquanto perito, coloca os seus conhecimentos profissionais ao serviço da pessoa. Enquanto facilitador, favorece de diferentes formas a emergência das capacidades da pessoa e a sua participação ativa e esclarecida no seu tratamento e cuidados (Chalifour, 2008b). O profissional de saúde mental adapta-se à personalidade da pessoa de forma a evitar a confrontação ou causar-lhe sofrimento, respeita o seu modo habitual de reagir às diversas situações e exprime de uma forma verbal e não verbal sinais de aprovação (Dewald,1994).

Segundo Chalifour (2008b), as seis estratégias terapêuticas mais frequentemente associadas à intervenção terapêutica de suporte são, tranquilizar, ensinar, encorajar, favorecer a catarse, servir de agente de realidade e tornar o ambiente reparador.

1.5.1. TRANQUILIZAR

É comumente reconhecida como o objeto primeiro da intervenção terapêutica de suporte. Quando a pessoa está incapaz de apreciar de forma realista uma dada situação porque as suas funções cognitivas e primordialmente a sua experimentação da realidade, operam de forma desajustada, o profissional de saúde mental intervém com a pessoa para a ajudar a reconhecer possibilidades reais, apresentando-lhe outras possibilidades e, ajudando-a a fazer escolhas realistas e válidas (Chalifour, 2008b).

Os principais objetivos visados pela estratégia de tranquilizar consistem em ajudar a pessoa a reencontrar a sua confiança, a corrigir uma falsa percepção e, por essa via, a reduzir o seu mal-estar (ansiedade ou medo). É dando-se tempo para conhecer a pessoa e as condições que suscitam nela mal-estar, bem como para explorar as suas expectativas, que o profissional de saúde mental pode decidir se tranquilizar é uma estratégia pertinente a desenvolver com a

pessoa. O profissional de saúde mental quando visa tranquilizar pode utilizar diferentes meios em função das necessidades da pessoa e dos objetivos visados (Chalifour, 2008b).

1.5.2. ENSINAR

Antes de realizar uma ação educativa, é necessário assegurar que esta responde às necessidades e expectativas da pessoa e ainda, que os meios utilizados para a sua realização e a informação transmitida estão adaptados à personalidade, habilidades intelectuais, preferências, motivação e estado mental da pessoa (Chalifour, 2008b).

Para certas pessoas aceitar participar numa intervenção educativa de cariz terapêutico acerca da sua doença e tratamento, é reconhecer que estão doentes e que os défices e perdas que acompanham a doença são reais e por vezes permanentes. Para outros, aceitar e participar ativamente numa aprendizagem destas características, é perder os benefícios secundários associados a uma dependência do profissional de saúde mental, proporcionando segurança (Chalifour, 2008b).

No contexto de uma intervenção terapêutica de suporte, podem-se utilizar diferentes meios com o objetivo de ajudar a pessoa a adquirir e desenvolver conhecimentos quanto às suas dificuldades e competências cognitivas (resolução de problemas), afetivas (gestão de emoções), sociais (adaptação social) e comportamentais (saber-fazer ou aquisição de habilidades), com o objetivo de aumentar a sua autonomia (Chalifour, 2008b).

Na intervenção terapêutica de suporte existem 3 formas de exercer as funções de educação e conselho, particularmente úteis: explicar e informar; orientar ou guiar; aconselhar. (Chalifour, 2008b).

1.5.3. ENCORAJAR

O profissional de saúde mental deve estar atento à sua própria atitude e motivação. A atenção deve ser maior quanto maior for o sofrimento que implica a situação da pessoa, pois maiores podem ser o seu desespero ou desencorajamento. Estas emoções podem interpelar diretamente o profissional de saúde mental e levá-lo a viver emoções perturbadoras. Em certas

situações o profissional de saúde mental pode encorajar a pessoa crendo que está a ajudá-lo, quando está afinal a atenuar sobretudo o seu próprio mal-estar (Chalifour, 2008b).

O profissional de saúde mental deve manifestar compaixão pela pessoa, mas também adquirir uma elevada consciência de si mesmo que lhe permita distinguir os seus próprios sentimentos dos da pessoa (Chalifour, 2008b).

Além de sinais/expressões verbais de encorajamento podem-se juntar sinais não verbais amigáveis tais como um sorrir, piscar de olhos, um contacto físico, dar a mão ou posar a mão sobre o ombro (Chalifour, 2008b).

1.5.4. FAVORECER A CATARSE

O contexto seguro, próprio de uma relação terapêutica, permite à pessoa expressar com alívio certas emoções tais como o medo, a tristeza, a decepção, a raiva, a frustração ou a inveja (Chalifour, 2008b).

As pessoas que circundam a pessoa, sejam a sua família, os colegas ou amigos, são afetados pelo que este vive e têm frequentemente dificuldade em conter as suas emoções. Têm tendência a proteger-se, fugir ou transmitir uma falsa segurança, para não partilhar as suas emoções ou ideias pessimistas quanto ao seu estado de saúde (Chalifour, 2008b).

A catarse consiste numa técnica psicoterapêutica que permite uma descarga emocional, associada à exteriorização da lembrança de acontecimentos traumatizantes e recalcados, através da evocação ou relembração desses acontecimentos considerados traumáticos (Chalifour, 2008b).

Esta partilha pode ser uma ocasião para o profissional de saúde mental aconselhar a pessoa quanto à melhor maneira de gerir os seus pensamentos e emoções ao invés de as conter. Neste sentido pode sugerir como identificar as pessoas com quem os partilhar e encontrar modos aceitáveis de o fazer (Chalifour, 2008b).

1.5.5. SERVIR DE AGENTE DE REALIDADE

A teoria da percepção ensina que, de um ponto de vista subjetivo, cada pessoa tem uma visão única da realidade e que esta visão é o resultado das experiências passadas, da percepção

de si-mesmo e daquilo que rodeia a pessoa. Assim a intervenção terapêutica de suporte relacionada com as estratégias que consistem em servir de agente da realidade, mobilizam o profissional de saúde mental a interessar-se particularmente pela percepção da pessoa acerca de si mesmo e do seu ambiente (Chalifour, 2008b).

Este método não consiste somente em corroborar ou opor as percepções da pessoa ao profissional de saúde mental, mas, principalmente em explorar as ideias da pessoa e ajudá-lo a compreender no que é que elas se apoiam (Chalifour, 2008b).

Um exemplo distinto da intervenção do profissional de saúde mental em contexto de intervenção terapêutica de suporte com doentes com ideias delirantes, é a deste não trabalhar a partir do conteúdo delirante ou alucinativo. Enquanto agente da realidade, procura levar a pessoa a reconhecer que está perante ideias delirantes ou alucinações. Destaca, por exemplo, que reconhece que a pessoa ouve vozes sem que ele as ouça (Chalifour, 2008b).

1.5.6. TORNAR O AMBIENTE REPARADOR

Na intervenção terapêutica de suporte, o profissional de saúde mental deve em colaboração com a pessoa, por vezes com a sua família e, extrapolar também para o seu meio laboral, assegurar-se de que a pessoa se encontra num ambiente que o ajuda e que reforça as aquisições realizadas na intervenção. Quando o meio laboral ou familiar é inadequado, o profissional de saúde mental pode, com a ajuda dos membros da equipa multidisciplinar, ajudar a pessoa a encontrar um meio de vida ou de trabalho, que corresponda melhor às suas capacidades de cuidar de si mesmo (Chalifour, 2008b).

De todas estas estratégias para realizar a intervenção terapêutica de suporte, deverá ser escolhida a estratégia mais adequada ao cuidador em questão (Chalifour, 2008b).

Alguns autores que estudaram a relação de ajuda, apresentam conhecimento específico, relacionado com a intervenção terapêutica de suporte, como é o caso do processo de aconselhamento, que tem como objetivo capacitar a pessoa para dominar situações da vida, a implicar-se em atividade que produza crescimento e a tomar decisões eficazes. Como resultado do processo, o aconselhamento aumenta o controle do indivíduo sobre as adversidades atuais e as oportunidades presentes e futuras (Patterson & Eisenberg, 1988).

2. METODOLOGIA DE PROJETO

Foi utilizada para a elaboração do projeto de intervenção, a metodologia de projeto, que tem como objetivo principal central a resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real. A metodologia constitui-se assim como uma ponte entre a teoria e prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática (Ruivo et al., 2010). Não se baseia apenas numa investigação sustentada de determinado problema, mas sim na tentativa de intervenção, baseada em alicerces fundamentais, para a resolução eficaz desse problema, pelo que o trabalho de projeto aproxima-se bastante da investigação-ação (Ruivo et al., 2010).

2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Na etapa do diagnóstico de situação definem-se os problemas quer quantitativa quer qualitativamente, estabelecendo-se as prioridades e indicando-se as causas prováveis, selecionando-se posteriormente os recursos e os grupos intervenientes. É assim a etapa que envolve a recolha de informação de natureza objetiva e qualitativa, não descurando o aprofundamento que se pressupõe (Ruivo et al., 2010).

A definição do problema pode ser feita através do raciocínio indutivo ou dedutivo (Ruivo et al., 2010). Pelo método indutivo parte-se do específico para o geral, ou seja, após a observação de vários fenómenos singulares é feita a procura para o que os unifica (Ruivo et al., 2010), também Tomey & Alligood (2004) descreve o raciocínio indutivo como:

“Uma forma de raciocínio lógico na qual uma generalização é induzida a partir de um número de casos específicos observados. O raciocínio indutivo não tem sido tão bem desenvolvido como o raciocínio dedutivo. A forma indutiva é baseada no pressuposto de que os membros de uma dada classe partilham características comuns. Portanto, o que é verdade para quaisquer membros da

classe selecionados ao acaso é aceite como verdadeiro para todos os membros da classe” (p. 49)

O raciocínio dedutivo é uma forma de raciocínio lógico da qual se inferem conclusões específicas a partir de premissas ou princípios mais gerais. As conclusões extraídas podem oferecer previsões que poderão ser empiricamente testadas, parte-se do geral e abstrato para dados ou fenómenos específicos e singulares (Ruivo et al., 2010; Tomey & Alligood, 2004).

A entrada em qualquer contexto de estágio diferente do ambiente profissional onde se exerce funções, proporciona condições para contactar com uma realidade desconhecida. Nesse sentido, privilegiaram-se todos os momentos de observação do contexto da UHD, da prática profissional e dos cuidadores informais, momentos estes que foram essenciais para a identificação inicial do problema. Sendo a UHD, uma unidade a funcionar á menos de um ano, todos os modos de atuação estavam ainda relacionados com o objeto dos cuidados, a pessoa internada. Nas primeiras intervenções da pré admissão em UHD, foi observado pela estudante, que o cuidador informal ainda não era encarado como um elemento estruturante da admissão ou não da pessoa em UHD, pois o mesmo era informado que a pessoa em causa queria ser internada, no sentido de combinar como seria feito o processo e não no sentido de se aceitava essa condição. Por outro lado, aquando de algumas das primeiras visitas domiciliárias em UHD, os cuidadores apresentavam alguns dos sintomas físicos, como inquietação ou sensação de “nervos à flor da pele”; fadigabilidade; dificuldade de concentração ou "ter brancas"; irritabilidade; tensão muscular; e perturbação do sono, sintomas associados pela American Psychiatric Association (2014), ao transtorno de ansiedade, relacionados com o facto de terem o seu familiar em casa internado.

Foi exposto ao EESMP orientador, o que tinha sido observado pela estudante, de modo a perceber se a temática observada era sentida por ele, como uma necessidade para a UHD. Após resposta positiva por parte do EESMP orientador, elencou-se a necessidade de se definir um programa de Intervenção para a gestão da ansiedade dos cuidadores informais das pessoas internadas na UHD. O problema foi posteriormente analisado através do instrumento de diagnóstico, método de análise da situação a análise SWOT.

O método de análise Swot [(S=Strenght (Forças); W=Weaknesses (Fraquezas); O=Opportunities (Oportunidades); T=Threats (Ameaças))], é uma das técnicas mais utilizadas na

investigação social, quer na elaboração de diagnósticos, quer em análise organizacional (Ruivo et al., 2010). Baseia-se num exercício de ordenamento através de um quadro, subdividido em quadrantes, sendo estes constituídos por fraquezas, ameaças, forças e oportunidades. Este método permite a reflexão e a confrontação com os fatores positivos e negativos identificados perante uma situação (Ruivo et al., 2010). A análise SWOT foi realizada com a colaboração de todos os enfermeiros da UHD, que após auscultar a equipa foram elencados os pontos forte e os pontos fracos, de um programa de intervenção para a gestão da ansiedade dos cuidadores informais das pessoas internados na UHD

Da análise efetuada podemos concluir:

1) Forças que facilitam a realização deste projeto são:

- a) Envolvimento do enfermeiro responsável do serviço no projeto;
- b) Constituir um tema do interesse pessoal da mestranda;
- c) Rentabilização dos recursos humanos e materiais;
- d) Não acarretar custos para a Instituição.

2) Fraquezas

- a) Rotatividade da equipa de enfermagem;
- b) Resistência à mudança.

3) Oportunidades

- a) População progressivamente mais exigente em relação à qualidade dos cuidados prestados;
- b) Valorização dos profissionais;
- c) Criação de documentos orientadores sobre os procedimentos de enfermagem no controle de ansiedade;
- d) Formação para a equipa de enfermagem nos procedimentos de enfermagem no controle de ansiedade;
- e) Formação para a equipa de enfermagem nos procedimentos de enfermagem relativos á intervenção terapêutica de suporte.

4) Ameaça

- a) Curto período de tempo de estágio;
- b) Condicionantes da pandemia por Covid-19.

Da observação e análise realizada resultou o problema: inexistência de um programa de Intervenção de enfermagem de saúde mental, para a gestão da ansiedade dos cuidadores informais das pessoas internadas na UHD

Identificámos como problemas parcelares:

- Inexistência de documentos orientadores sobre a temática proposta;
- Conhecimento reduzido dos enfermeiros da UHD na área da intervenção terapêutica de suporte, para a gestão/controlar de ansiedade dos cuidadores informais principais;
- Necessidade de formação dos enfermeiros da UHD na área da intervenção terapêutica de suporte, para a gestão/controlar de ansiedade dos cuidadores informais principais;

Definimos como prioridades de intervenção:

- Realizar pesquisa bibliográfica sistematizada, a partir da evidência publicada;
- Desenhar o programa de intervenção terapêutica de suporte, para a gestão/controlar de ansiedade dos cuidadores informais;
- Realizar formação para a equipa de enfermagem sobre a intervenção terapêutica de suporte, para a gestão/controlar de ansiedade dos cuidadores informais.

2.2. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS

A definição dos objetivos é a segunda fase da metodologia de projeto e visa os resultados que pretendemos obter (Ruivo et al., 2010).

Os objetivos devem ser definidos de acordo com os níveis em que se enquadram. Os objetivos gerais dão indicação sobre o que o formando deverá ser capaz de fazer durante o seu percurso formativo. Devem ser formulados tendo em conta os conhecimentos e capacidades a adquirir, dizendo geralmente respeito a competências amplas e complexas (Ruivo et al., 2010).

Objetivo geral

- Criar um programa de intervenção de enfermagem de saúde mental, para a gestão da ansiedade dos cuidadores informais das pessoas internadas na UHD, integrada na intervenção terapêutica de suporte

Objetivos específicos

- Desenhar um programa de intervenção de enfermagem de saúde mental, para a gestão da ansiedade dos cuidadores informais das pessoas internadas na UHD;
- Apresentar o programa de intervenção de enfermagem de saúde mental, para a gestão da ansiedade dos cuidadores informais das pessoas internadas na UHD;

- Promover a aquisição de competências dos enfermeiros, na gestão da ansiedade dos cuidadores informais das pessoas internadas na UHD, integrada na intervenção terapêutica de suporte.

2.3. PLANEAMENTO

A terceira fase da metodologia de projeto é o planeamento. Nela realiza-se um levantamento dos recursos humanos e materiais (quadro 1), assim como as limitações que podem condicionar a proposta a realizar (Ruivo et al., 2010).

Objetivo: Criar um programa de intervenção de enfermagem de saúde mental, para a gestão da ansiedade dos cuidadores informais das pessoas internadas na UHD, integrada na intervenção terapêutica de suporte

Objetivos específicos	Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Que até final de Janeiro de 2022 se desenhe um programa de intervenção de enfermagem de saúde mental, para a gestão da ansiedade dos cuidadores informais das pessoas internadas na UHD	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica sobre programas de intervenção • Planear o desenho/fases do programa 	<ul style="list-style-type: none"> • Aluna de Mestrado • Enfermeiro especialista Orientador • Professora Orientadora 	<ul style="list-style-type: none"> • Bases de dados científicas • Computador • Bibliografia 	3 meses	Definir o desenho/planeamento do Programa de intervenção para a Unidade de Hospitalização Domiciliária
Que até ao final de Fevereiro de 2022 se apresente um programa de intervenção de enfermagem de saúde mental, para a gestão da ansiedade dos	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar uma sessão de apresentação do programa 	<ul style="list-style-type: none"> • Aluna de Mestrado • Enfermeiro especialista Orientador • Professora Orientadora 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Diapositivos 	4 meses	Realização da sessão de formação para apresentação do programa de intervenção

cuidadores informais das pessoas internadas na UHD					
Que até ao final de Fevereiro de 2022 se promova a aquisição de competências dos enfermeiros, na gestão da ansiedade dos cuidadores informais das pessoas internadas na UHD, integrada na intervenção terapêutica de suporte	<ul style="list-style-type: none"> Realizar pesquisa bibliográfica sobre ansiedade Realizar pesquisa bibliográfica sobre intervenção terapêutica de suporte Realizar uma sessão de formação com Identificação de estratégias para a gestão da ansiedade do cuidador, integradas na intervenção terapêutica de suporte 	<ul style="list-style-type: none"> Aluna de Mestrado Enfermeiro especialista Orientador Professora Orientadora 	<ul style="list-style-type: none"> Bases de dados científicas Computador Bibliografia Diapositivos 	4 meses	Realização de sessão de formação com Identificação de estratégias para a gestão da ansiedade do cuidador, integradas na intervenção terapêutica de suporte

Quadro 1 - Planeamento do Programa (Ruivo et al., 2010)

É nesta fase que se reúnem as condições para desenhar o programa de Intervenção Terapêutica (quadro 2).

Assim, em complementaridade à identificação dos recursos humanos e materiais para o desenho do Programa, assumiu-se também outro fator – o caráter de imprevisibilidade - face às situações que o EESMP poderá encontrar com os cuidadores informais dos clientes da UHD, uma vez que o processo de cuidado sempre foi realizado preferencialmente com os clientes internados nesta Unidade, estabelecendo-se uma maior relação com estes do que com a sua família, que está progressivamente a assumir e adaptar-se ao seu papel de cuidadora.

Nesse sentido, e partindo-se do pressuposto de que a intervenção terapêutica pressupõe trabalhar com as pessoas a partir das situações que estas identificam como necessidades de ajuda para a redução da sua ansiedade, o estabelecimento da Relação de Ajuda, enquanto processo com fases, surge neste programa como a intervenção alicerce de todas as outras estratégias e técnicas a implementar. Portanto, desenhou-se um plano tipo em termos de Programa de Intervenção Terapêutica, para servir de alicerce à intervenção terapêutica de suporte do EESMP possibilitando enquadrar o planeamento dos encontros, dos objetivos e das estratégias/técnicas a utilizar, em função das necessidades de cada cuidador informal dos clientes da UHD. É um programa suficientemente flexível para poder acolher as necessidades de cada cuidador informal, e permitir ao EESMP a tomada de decisão face ao cuidado relacional que irá estabelecer com cada cuidador informal, começando por criar as condições para iniciar a RA com abertura ao outro, acolhendo a pessoa com atitude de aceitação, respeito e autenticidade, e escutando a sua experiência de cuidador.

Fases da Relação de ajuda	Orientação da relação		Trabalho ou emergência das identidades			Fase de conclusão
Objetivos gerais	Iniciar a relação de ajuda Definir a necessidade de ajuda		Esclarecer a necessidade de ajuda e as expectativas do cuidador informal Selecionar os meios para responder à necessidade do cuidador informal			Terminar a relação
Objetivos específicos	Favorecer a criação de um clima de confiança Clarificar os papéis assumidos por cada um na relação Acompanhar o cuidador informal na expressão da sua necessidade de ajuda Informar o cuidador informal dos recursos humanos e físicos à sua disposição Esclarecer o cuidador informal acerca das rotinas, políticas e regulamento		Definir estratégias suscetíveis de responder à necessidade do cuidador informal Favorecer a aprendizagem e expressão de novos comportamentos			Comunicar as suas impressões quanto à relação que se conclui Assegurar a transição do cuidador informal entre a situação atual e a situação futura
Encontros	1º encontro	2º encontro	3º encontro	4º encontro	5º encontro	6º encontro
Planeamento das Estratégias de intervenção terapêutica do EESMP	Abertura ao outro Planeamento do 2º encontro	Avaliação do nível de ansiedade do cuidador informal Definição do Diagnóstico de Enfermagem / necessidade de ajuda Planeamento do 3º encontro	Intervenção terapêutica de suporte Planeamento do 4º encontro	Intervenção terapêutica de suporte Planeamento do 5º encontro	Intervenção terapêutica de suporte Planeamento do 6º encontro	Avaliação do nível de ansiedade do cuidador informal Avaliação da eficácia das estratégias

Quadro 2-Programa tipo *“take care of caregivers”*

2.4. EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO

A etapa da execução materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planejado. Assume uma importância significativa para o(s) participante(s) do projeto dado que possibilita a realização das vontades e necessidades através das ações planejadas (Ruivo et al., 2010).

De forma a construir bons alicerces para o sucesso da elaboração do programa de intervenção de enfermagem de saúde mental, para a gestão da ansiedade dos cuidadores informais das pessoas internadas na UHD, integrada na intervenção terapêutica de suporte, foi selecionado o nome para o projeto de intervenção. **“Take care of caregivers”** foi o nome escolhido. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, em diferentes bases de dados científicas e através da consulta de vários manuais publicados, de forma a ter capacidade de questionar e analisar o problema em questão, assim como de propor sugestões de melhoria. Inicialmente foi feita a tentativa de revisão sistemática da literatura, após verificação e validação no *MeSH* definiram-se como descritores para a pesquisa, as palavras *Mental Health nursing, Psychiatric nursing, caregiver, Intervention Program e Anxiety*. Utilizou-se a base de dados *EBSCO* para efetuar a pesquisa de artigos que dessem resposta à nossa questão, recorrendo às fontes *Academic Search Complete; Business Source Complete; CINAHL Plus with full text; Eric; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina; MEDLINE with Full Text, Psychology and Behavioral Sciences Collection; Regional Business News e SPORTDiscus with Full Text*, tal não foi possível, mesmo alterando os descritores, pois os artigos não estavam direcionados para o EESMP. Esta pesquisa foi efetuada no período temporal entre Novembro 2021 e Dezembro 2021.

A sabedoria, envolvimento e disponibilidade do EESMP orientador foi essencial para a partilha de conhecimentos, discussão entre pares e esclarecimento de questões ou dúvidas.

No seguimento destas atividades, foi agrupada toda a bibliografia, e experiências partilhadas e realizada a elaboração do programa de intervenção **“Take care of caregivers”**.

Instrumentos de Avaliação

Na avaliação de um projeto, podem distinguir-se vários momentos. Nesse sentido, serão abordadas a avaliação intermédia realizada em simultâneo com a execução do projeto, e a avaliação final do mesmo, com a avaliação do processo e produto do projeto (Ruivo et al., 2010).

Tendo-se identificado o problema relacionado com a necessidade de intervenção de suporte para a gestão da ansiedade do cuidador informal, cuja proposta de programa de

intervenção terapêutica procura ser uma resposta de enfermagem especializada, procede-se agora á explicação dos instrumentos de avaliação que serão utilizados para medir a ansiedade do cuidador informal.

A avaliação do grau de ansiedade é essencial, para que o EESMP, possa estabelecer um diagnóstico preciso de modo a direccionar e individualizar a intervenção terapêutica de suporte.

Para avaliar o grau de ansiedade elegeu-se inicialmente a escala de Hamilton, que segundo Chalifour (2008a) é o instrumento mais utilizado para avaliar a ansiedade. É um instrumento simples, prático e fiável, que permite ajuizar objetivamente o grau de ansiedade de uma pessoa e a eficácia dos métodos terapêuticos utilizados. Mas o facto desta escala estar apenas traduzida para a população portuguesa, mas não validada, levou a optar pela escala de ansiedade e depressão hospitalar, que segundo (Silva et al., 2006) demonstrou ser uma escala de fácil compreensão, resposta rápida e bem aceite pelas pessoas.

“A escala avalia o estado emocional ao longo da última semana, tendo sido desenvolvidas escalas de gravidade, com valores que variam de 0 a 3, para cada um dos itens das duas subescalas, em que os valores mais elevados indicam a presença de sintomas de ansiedade ou depressão com maior gravidade. Procurou evitar-se o viés nas respostas à escala, alternando a ordem das respostas de forma em que num item a primeira resposta indicasse máxima gravidade e, no seguinte, indicasse gravidade mínima. Para além disso, a possibilidade de optar por quatro respostas possíveis procurou prevenir que os indivíduos optassem sistematicamente pela resposta do meio” (Silva et al., 2006, p.3).

O instrumento é constituído por 14 itens e por duas subescalas que são cotadas separadamente, uma com sete itens e que mede a ansiedade, e outra também com setes itens que mede a depressão, e avalia os sintomas nos últimos 7 dias. Sendo que quanto maior o resultado maior a morbidade psicológica. A pontuação total de cada subescala varia de 0 a 21 e o ponto de corte é 11 (Senra, 2012). Sendo considerado ansiedade moderada para score entre 11-14, e ansiedade grave para score entre 15 e 21 (Ribeiro, Silva, & Ferreira, 2007). A ansiedade ligeira não é um diagnóstico de enfermagem, na medida em que esta, na maior parte dos casos, não tem implicações significativas na vida da pessoa, assim, as opções diagnósticas existentes, com recurso

ao critério de gradiente, são “ansiedade moderada” e “ansiedade grave” (Sequeira & Sampaio, 2020).

O EESMP deve considerar separadamente os sintomas da ansiedade psíquica (humor ansioso, as tensões, os medos, a insónia, a disfunção intelectual e o humor depressivo) e da ansiedade somática (alterações musculares sensoriais, cardiovasculares, respiratórios, gastrointestinais, genito-urinários e neurovegetativos) para perceber assim a natureza da ansiedade (Chalifour, 2008b).

Métodos e técnicas

As metodologias utilizadas, pelo EESMP são predominantemente a entrevista; a mobilização das técnicas da intervenção terapêutica de suporte, nomeadamente tranquilizar, ensinar e encorajar; e estratégias para gerir a ansiedade do cuidador, tais como técnica de respiração profunda diafragmática, Técnica do Treino autogénico de Schultz, Técnica do Relaxamento progressivo de Jacobson e Técnica de relaxamento através de imaginação guiada.

Na avaliação do impacto de todo o processo no contexto familiar e comunitário, preconiza-se perceber as alterações das atividades e funções familiares em função do processo saúde doença com base numa perspetiva sistémica; o impacto da situação de saúde-doença e do modo como é vivida na vida comunitária, com particular destaque para as dimensões desta que sejam mais significativas para o indivíduo (e.g., trabalho, grupo de amigos, atividade religiosa). Dentro desta visão geral do processo de avaliação diagnóstica devemos considerar duas realidades complementares: uma que corresponde à avaliação diagnóstica inicial e uma segunda que corresponde à reavaliação sistemática feita no dia-a-dia do processo de prestação de cuidados. A primeira, entendemos que requer momentos formais sob a forma de entrevista clínica (Lopes, 2021)

A entrevista clínica é uma interação comunicativa entre um profissional de saúde e uma pessoa, grupo ou família, pela qual o profissional organiza um processo de observação e de recolha de informações, através de questões com o objetivo de compreender os detalhes do problema de saúde da pessoa e o contexto no qual a pessoa e o problema se inserem (Sequeira & Sampaio, 2020).

Será utilizada a entrevista formal não estruturada de curta duração, realizada pelo EESMP, na visita domiciliária em que o tempo para as mesmas será de mais ou menos 30 min. Para Phaneuf (2005), na entrevista formal não estruturada o enfermeiro coloca questões abertas ou indiretas, recorre por vezes a questões fechadas quando pretende obter informação mais precisa, escuta a pessoa e observa-a para chegar a uma interpretação tão clara quanto possível das suas dificuldades,

interpretação que valida posteriormente junto da pessoa. Segundo Chalifour (2008b), as entrevistas de curta duração são pequenas entrevistas que ocorrem entre o enfermeiro e a pessoa ao longo de um determinado período de tempo no decorrer da prestação de cuidados ou até mesmo na realização de procedimentos de enfermagem, em que o tratamento ou cuidados prestados determinam o conteúdo e a duração do encontro. Refere o autor que é através desses curtos momentos que são estabelecidos laços que permitem o desenvolvimento da relação de ajuda.

Todas as atitudes relacionais de ajuda e técnicas comunicacionais já estão implicitamente contempladas em todos os momentos de encontro/interação aquando das entrevistas, quando combinadas com as técnicas comportamentais de relaxamento, os resultados na gestão da ansiedade podem melhorar potencialmente.

Técnicas comportamentais de relaxamento

O relaxamento é uma técnica milenar, utilizada por todas as civilizações. O resultado é observado de imediato (Junqueira, 2006). Permite à pessoa conhecer mais o seu corpo, reduzir tensão, exercitar a mente no momento presente, assim reduzindo a ansiedade e usufruindo de uma vida plena, saudável, realizada, equilibrada, ou seja, uma qualidade de vida satisfatória (Marques & Delfino, 2016).

Uma variedade de diferentes técnicas pode ajudar a trazer de volta o equilíbrio de sistema nervoso, produzindo a resposta de relaxamento. Esta resposta não é deitada no sofá ou a dormir, mas um processo mental ativo que deixa o corpo relaxado, calmo e focado (Vasconcelos, 2014).

É comum a todos nós que, durante a ocorrência de situações de stress, sejam desenvolvidos pensamentos automáticos disfuncionais, do tipo catastróficos, pensamento de tudo ou nada, generalização, previsão do futuro, etc. Desta maneira, é possível que a aprendizagem e a utilização do relaxamento, possibilitem a promoção de reestruturação cognitiva e ampliação dos recursos para as situações de stress e ansiedade, tanto no âmbito da intervenção, ou seja, para a diminuição das tensões, como nos aspetos de prevenção e promoção do bem-estar (Junqueira, 2006; Marques & Delfino, 2016).

As intervenções de relaxamento, tem um potencial terapêutico que induz um estado de bem-estar, através da incidência direta ou indireta no tónus muscular (Sequeira & Sampaio, 2020).

1.Técnica da respiração diafragmática

A aplicação do treino de respiração é um dos recursos mais frequentes na prática de diversas especialidades médicas (Neto, 2011). A técnica da respiração diafragmática é uma das

intervenções para o aumento da regulação emocional, em particular para a gestão da ansiedade mais fácil de utilizar pelos cuidadores. Pode ser utilizada por qualquer pessoa em momentos de tensão ou stress (Neto & Baptista, 2020).

Durante a respiração diafragmática o objetivo principal é treinar o aumento da utilização do músculo diafragmático durante o ciclo respiratório. A pessoa pode ser instruída a colocar uma das mãos na região torácica e outra na região abdominal, desta vez ele deve influenciar o movimento, de forma consciente, até perceber que a mão próxima a região umbilical é a que mais se movimenta durante a respiração. O objetivo dessa respiração é aprofundar e diminuir o ciclo respiratório, diminuindo o stress e a ansiedade (Neto A, 2011).

Sequência para a respiração diafragmática segundo Neto & Baptista (2020) e Dias (2022)

- Sentar em posição confortável. Respirar pelo nariz e tomar atenção á respiração. Manter as pernas afastadas com os pés relaxados e virados para fora.
- Dobrar os braços e colocar os polegares sob o sítio onde termina a sua caixa torácica, com as mãos perpendiculares ao corpo e viradas uma para a outra
- Visualizar o movimento do diafragma
- Simular o movimento com as mãos (quando inspira, ponha os dedos para baixo, direito; quando expira, ponha os dedos para cima, em forma de cone)
- Sentar-se direito e com os olhos fechados, visualizar o diafragma a subir e a descer, e sentir o abdómen deslocar-se para fora e para dentro.

Alguns autores defendem uma razão de 6:6, ou seja, 6 tempos de inspiração para 6 tempos de expiração, como um meio de se atingir a frequência ressonante, outros sugerem que a frequência ressonante pode ser encontrada através da avaliação personalizada de diferentes ritmos respiratórios e que podem ser encontradas através de monitorização por equipamento de bio feedback, exemplos: 4:6 e 12:12 (Neto, 2011).

De forma a conseguir executar esta respiração corretamente, importa incentivar a pessoa a treinar aquilo que aprendeu, pelo menos duas vezes ao dia 5 minutos de cada vez. É útil que a respiração ocorra em alturas em que se encontre livre de distrações e interrupções. O objetivo é incorporar a respiração diafragmática no quotidiano da pessoa de forma a usá-la em situações de ansiedade (Neto & Baptista, 2020).

2.Técnica do Treino autogénico de Schultz

Método desenvolvido pelo psiquiatra alemão Johannes Heinrich Schultz na década de 20 (Junqueira, 2006). Pretende-se que a pessoa relaxe progressivamente vários grupos musculares, levando-a a experimentar um conjunto de cinestésias (sensação de peso e calor), seguidas de sensações de conforto e bem-estar. Por norma, inicia-se a intervenção no sentido cefalo-caudal, alternando 10 seg de cinestésias, com 10 seg de relaxamento (Sequeira & Sampaio, 2020).

É um relaxamento centrado na sensação de peso, que permite o relaxamento muscular dos braços, das pernas, das costas, do peito e do abdómen. Este exercício dura cerca de 15 minutos (Chalifour, 2008a).

3.Técnica do Relaxamento progressivo de Jacobson

A técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson, foi uma das primeiras técnicas de relaxamento que surgiu na literatura (Sequeira & Sampaio, 2020).

Promove a aprendizagem da resposta de relaxamento através da contração e descontração de vários grupos musculares do corpo, prestando atenção às sensações que acompanham a tensão e o relaxamento, promovendo o relaxamento muscular mais facilmente (Junqueira, 2006; Neto & Baptista, 2020; Sequeira & Sampaio, 2020; Dias, 2022). Não se pode estar relaxado e tenso ao mesmo tempo, como tal, ajuda a pessoa a diferenciar entre estados de tensão e relaxamento aumenta a sua consciencia sobre esta experiencia. É importante que aprenda quando a tensão é útil e quando é desnecessária e até prejudicial (Neto & Baptista, 2020).

A tensão muscular pode levar a uma sensação de ansiedade. O treino de relaxamento vai permitir reduzir o nível de tensão sempre que o pretenda, logo consegue reduzir a ansiedade (Neto & Baptista, 2020).

O relaxamento muscular progressivo permite à pessoa reconhecer quando se encontra excessivamente tensa e instruir-se para relaxar, reduzindo, desta forma, também o nível de ansiedade (Dias, 2022) e pode ser pensada em três fases dependo do grupo muscular a que se dirige (Neto & Baptista, 2020).

Para o relaxamento são necessários em média 20 minutos. O resultado é uma sensação de leveza, respiração leve, mente livre de pensamentos causadores de stress (Junqueira, 2006).

4. Técnica de relaxamento através de imaginação guiada

A técnica de relaxamento por intervenção guiada tem demonstrado um efeito que consideramos substancial no aumento do conforto e na diminuição dos níveis de ansiedade, depressão e stresse. Sendo uma intervenção autónoma de enfermagem, pode ser incluída no projeto terapêutico da pessoa. Os riscos desta intervenção, desde que clinicamente acompanhada, são inexistentes, prevendo-se uma relação custo-benefício positiva (Apostolo et al., 2012). Apresenta-se como uma intervenção de enfermagem eficaz para a redução da ansiedade (Felix et al., 2018).

Pretende-se que a pessoa utilize de forma intencional imagens mentais e atributos sensoriais, fruto da sua imaginação ou da memória, para alcançar o efeito terapêutico desejado (Sequeira & Sampaio, 2020), nesta técnica tudo é simbólico, mas o simbólico, tem o poder de despertar emoções agradáveis dentro das pessoas. O significado básico da visualização, é que uma vez criadas imagens mentais e suas associações com ambientes de bem-estar, é possível livrar-se gradualmente dos efeitos negativos que possivelmente possam estar associados ao quotidiano (Junqueira, 2006).

A Técnica de relaxamento através de imaginação guiada consiste no foco de uma imagem mental agradável. Neste sentido pode ter um efeito positivo e inclusive ajudar pessoas com problemas de insónia. Adicionalmente, esta estratégia pode permitir desfocar de pensamentos e imagens que provocam tensão e ansiedade, para um foco numa imagem de um local seguro e confortável (Neto & Baptista, 2020).

Procedimentos

Nesta primeira fase, em complementaridade com o estabelecimento da relação de ajuda e em conhecer o pedido de ajuda do cuidador informal, deverá ser aplicada a escala de avaliação de ansiedade ao cuidador, de modo a avaliar o nível de ansiedade aquando da admissão dos utentes na Unidade de Hospitalização Domiciliária.

Se o cuidador apresentar ansiedade patológica moderada ou ansiedade patológica grave, serão aplicadas pelo EESMP, a intervenção terapêutica de suporte adequada ao cuidador, em complementaridade com a educação sobre as estratégias para gerir a ansiedade do cuidador.

Aquando da alta será aplicada novamente a escala de avaliação de ansiedade ao cuidador, conseguindo deste modo avaliar a eficácia da intervenção terapêutica de suporte e da estratégia para gestão da ansiedade.

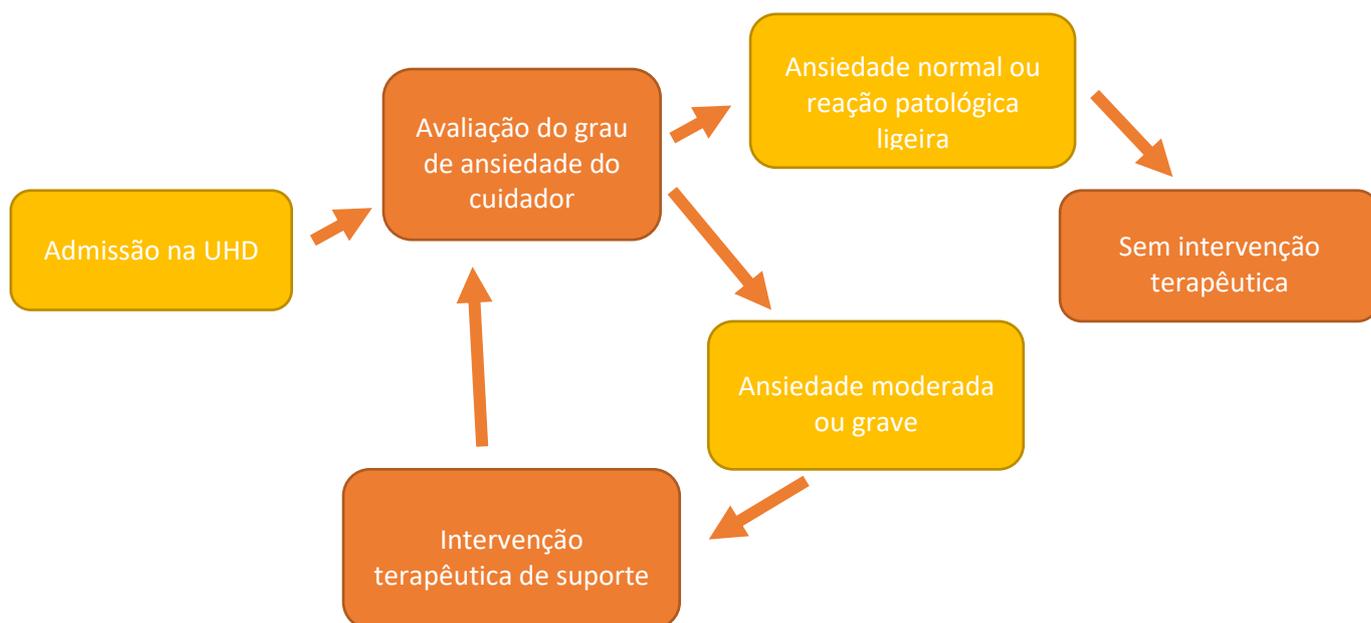


Figura 3 – Procedimento para avaliação da ansiedade no programa de intervenção *“Take care of caregivers”*.

Calendarização e Duração

A relação terapêutica segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), é promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem de saúde mental. O estabelecimento da relação permite identificar, pelo menos, focos de atenção de sentimentos e atitudes que as pessoas desenvolvem em direção a si e aos outros, assim com a maneira como estes são expressos. Na construção de novas explicações para a causa do sofrimento, de novas vias de resolução de problemas (quer identificados ou que se manifestam durante a relação), de libertações de emoções e sentimentos, a vivência de uma relação gratificante totaliza a relação psicoterapêutica, que se desenvolve na dimensão do real, imaginário e simbólico.

Os encontros do programa de intervenção *“Take care of caregivers”*, são realizados aquando das visitas do internamento na UHD, e terão cerca de 45 minutos, as sessões devem ter entre 45 e 60 minutos (Sequeira & Sampaio, 2020), serão cerca de 6 sessões até nova avaliação do nível de ansiedade, segundo Sequeira & Sampaio (2020), as intervenções terapêuticas de enfermagem podem ser de breve a média duração entre 3 a 12 sessões.

As sessões de intervenção terapêutica de suporte, devem basear-se no processo de resolução de problemas no contexto de uma intervenção terapêutica de Chalifour (2008b):

- As indicações gerais

A resolução de problemas pode ser utilizada numa grande diversidade de programas de intervenção terapêutica no decurso dos quais uma situação problemática surge na vida da pessoa e nenhuma solução parece evidente tanto para ela como para o terapeuta (Chalifour, 2008b).

- Os objetivos visados
 - ✓ Ajudar a pessoa a formular os seus problemas e as fontes das suas dificuldades;
 - ✓ Ajudar a pessoa a reconhecer os recursos que possui para agir sobre as suas dificuldades;
 - ✓ Ensinar um método sistemático de resolução de problema e deste modo favorecer a autonomia da pessoa para controlar os seus problemas quotidianos;
 - ✓ Aumentar na pessoa o sentimento de controlo dos seus problemas e também a sua autoconfiança;
 - ✓ Ajudar a pessoa a encontrar soluções que lhe são adaptadas.

Face a estes objetivos e dada a brevidade das intervenções o EESMP adota desde o início da intervenção terapêutica uma atitude direta, convida a pessoa a participar ativamente e centra as intervenções na dificuldade atual e no processo de resolução de problemas (Chalifour, 2008b).

- Os dados iniciais

Esta etapa deve fazer-se em colaboração com a pessoa, deve estabelecer-se uma lista das diferentes dificuldades da pessoa, sendo cada uma delas descrita o mais claramente possível pela pessoa.

- ✓ Determinar o problema da pessoa;
 - ✓ Conhecer os recursos da pessoa;
 - ✓ Obter informações de outras fontes;
 - ✓ Decidir a pertinência de decorrer ao processo de resolução de problemas;
 - ✓ Decidir as modalidades dos encontros;
 - ✓ Estabelecer um contrato terapêutico (Chalifour, 2008b).
- O desenvolvimento do processo de resolução de problemas

A partir do momento em que estas diferentes exigências foram respondidas, o EESMP e a pessoa podem prosseguir os encontros segundo as modalidades previstas. As trocas decorrerão então de acordo com o seguinte modelo geral:

- ✓ Escolher o problema a abordar primeiramente;
- ✓ Acordar as finalidades a alcançar;
- ✓ Estabelecer os meios para atingir gradualmente os objetivos;
- ✓ Avaliar os progressos atingidos e as dificuldades experimentadas
- ✓ Decidir a próxima etapa a ultrapassar;
- ✓ Terminar a relação (Chalifour, 2008b).

Deve optar-se pelo tipo de intervenção terapêutica de suporte e pela técnica comportamental de relaxamento, mais adequada a cada pessoa.

2.5. DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS

A divulgação dos resultados obtidos após implementação de um projeto é uma fase importante, para dar a conhecer á população em geral e outras entidades a pertinência do projeto e o caminho percorrido na resolução de um determinado problema (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Uma vez que o programa não foi implementado, pois o objetivo no estágio visou criar um programa de intervenção de enfermagem de saúde mental, para a gestão da ansiedade dos cuidadores informais das pessoas internadas na UHD, integrada na intervenção terapêutica de suporte a divulgação dos resultados neste projeto dizem respeito ao cumprimento dos objetivos delineados. Neste sentido, foi definido o desenho/planeamento do Programa de intervenção para a UHD, foi realizada a apresentação do programa de intervenção e por fim foi realizada a sessão de formação, com Identificação de estratégias para a gestão da ansiedade do cuidador, integradas na intervenção terapêutica de suporte.

3. ANÁLISE E REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS

3.1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS AO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (Diário da República, 2019), habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, e que constituem o objeto do presente Regulamento (Diário da República, 2019).

As designadas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, envolvem as dimensões da educação, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (Diário da República, 2019).

Passamos a descrever como foram atingidas as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista utilizando os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que são os seguintes:

- Responsabilidade profissional, ética e legal;

A estudante desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e garante práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

A estudante demonstrou durante os estágios um exercício seguro, profissional e ético, tomando decisões assentes em decisões éticas e deontológicas, na prestação de cuidados para com a pessoa, realizando uma avaliação sistémica assente nas melhores práticas profissionais e preferências da pessoa. Demonstrou uma prática clínica de acordo com o respeito pelos direitos

humanos, analisando e interpretando a prestação de cuidados especializados, tendo em conta as situações potencialmente comprometedoras para as pessoas de quem cuidam, assente no Código Deontológico dos Enfermeiros.

Segundo o Código Deontológico dos Enfermeiros (Assembleia da República, 2015), o enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o dever de:

- ✓ Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa;
- ✓ Salvar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso;
- ✓ Salvar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida;
- ✓ Salvar os direitos da pessoa com deficiência e colaborar ativamente na sua reinserção social;
- ✓ Abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida;
- ✓ Respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos.

Segundo o Código Deontológico dos Enfermeiros (Assembleia da República, 2015), o enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de:

- ✓ Atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias;
- ✓ Respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa;
- ✓ Participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida;
- ✓ Recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante.

Segundo o Código Deontológico dos Enfermeiros (Assembleia da República, 2015), o enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde ou doença, assume o dever de:

- ✓ Corresponsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento;
- ✓ Orientar o indivíduo para o profissional de saúde adequado para responder ao problema, quando o pedido não seja da sua área de competência;
- ✓ Respeitar e possibilitar ao indivíduo a liberdade de opção de ser cuidado por outro enfermeiro, quando tal opção seja viável e não ponha em risco a sua saúde;

- ✓ Assegurar a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e as intervenções realizadas;
- ✓ Manter-se no seu posto de trabalho enquanto não for substituído, quando a sua ausência interferir na continuidade de cuidados.

Segundo o Código Deontológico dos Enfermeiros (Assembleia da República, 2015), no respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de:

- ✓ Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem;
- ✓ Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;
- ✓ Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem;
- ✓ Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.

Segundo o Código Deontológico dos Enfermeiros (Assembleia da República, 2015), o enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assumindo o dever de:

- ✓ Considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte;
- ✓ Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos;
- ✓ Divulgar informação confidencial acerca do alvo de cuidados e da família só nas situações previstas na lei, devendo, para o efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico;
- ✓ Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados.

Segundo o Código Deontológico dos Enfermeiros (Assembleia da República, 2015), atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, o enfermeiro assume o dever de:

- ✓ Respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família;
- ✓ Salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa.

Segundo o Código Deontológico dos Enfermeiros (Assembleia da República, 2015), o enfermeiro, ao acompanhar a pessoa nas diferentes etapas de fim de vida, assume o dever de:

- ✓ Defender e promover o direito da pessoa à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem em situação de fim de vida;
 - ✓ Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pela pessoa em situação de fim de vida, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas;
 - ✓ Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte.
- Melhoria contínua da qualidade;

A estudante colaborou na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participou na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional. A melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.

A estudante considerou a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atuou proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

Realizou o projeto de intervenção *“Take care of caregivers”*, de modo a garantir a melhoria contínua, baseado nos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros que segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem. Pretende-se que estes venham a constituir-se num instrumento importante que ajude a precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos e visam fornecer orientações para a definição de programas de melhoria continua da qualidade.

Os enunciados descritivos no qual o projeto se identifica são os seguintes:

A Satisfação do Cliente, na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação das pessoas. O enfermeiro durante a prestação de cuidados e para a satisfação da pessoa deve, respeitar as capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual da pessoa, procurar constante da empatia nas interações com a pessoa, estabelecer de parcerias com a pessoa no planeamento do processo de cuidados, envolvimento dos conviventes significativos da pessoa individual no processo de cuidados, minimizar o impacto negativo na pessoa, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O projeto de intervenção “*Take care of caregivers*”, tem em vista a diminuição da ansiedade nos cuidadores informais das pessoas internadas na UHD, este objetivo ao ser atingido vai aumentar a satisfação do cuidador informal, e conseqüentemente da pessoa internada.

A Promoção da Saúde, na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda as pessoas a alcançarem o máximo potencial de saúde. São elementos importantes face à promoção da saúde, a identificação da situação de saúde da população e dos recursos da pessoa/família e comunidade, a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados, a promoção do potencial de saúde da pessoa através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento, o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pela pessoa (**Ordem dos Enfermeiros, 2011**).

A diminuição da ansiedade nos cuidadores das pessoas internadas na UHD, visa promover a saúde a saúde mental e conseqüentemente a sua saúde. Os EESMP conseguem através do projeto de intervenção “*Take care of caregivers*”, intervir na adaptação dos cuidadores informais uma nova realidade, o internamento em UHD, objetivando o ajuste á nova realidade e á promoção da saúde.

A Prevenção de complicações, na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde das pessoas, através da identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais da pessoa, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis, da prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados, do rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem, a referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados (**Ordem dos Enfermeiros, 2011**).

O bem-estar e o autocuidado, na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar das pessoas e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais a pessoa é dependente. São elementos importantes face ao bem-estar e ao autocuidado, entre outros: a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas da pessoa, relativamente aos quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e suplementar/complementar atividades de vida relativamente às quais a pessoa é dependente; a prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas identificados; o rigor

técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem; a referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo dos cuidados de saúde; a supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro; a responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e pelos que delega (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O projeto de intervenção *“Take care of caregivers”*, identifica se os cuidadores informais, sofrem de ansiedade associada ao cuidado do seu familiar em internamento na UHD. A ansiedade ao ser identificada num estágio de reação patológica ligeira e intervindo precocemente com técnicas de intervenção terapêutica de suporte, prevê-se prevenir que a ansiedade moderada e a ansiedade grave se desenvolvam, podendo ser deste modo minimizadas as consequências que a ansiedade em níveis patológicos mais graves, podem ter no cuidador informal e consequentemente na pessoa internada em UHD. Está deste modo a prevenir complicações e a promover o bem-estar e autocuidado.

A readaptação funcional, na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro conjuntamente com a pessoa desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde. Através da continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem, do planeamento da alta da pessoa internada em instituições de saúde, de acordo com as necessidades da pessoa e os recursos da comunidade; do máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade; da otimização das capacidades da pessoa e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito; do ensino, da instrução e do treino da pessoa sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O profissional, vai proporcionar ao cuidador informal, através de ensinamentos e treino, estratégias para gestão de ansiedade, tais como Técnica de respiração profunda diafragmática, Técnica do treino autogénico de Schultz e Técnica do relaxamento progressivo de Jacobson. Com estes recursos capacitamos o cuidador informal na autogestão da ansiedade, de forma a conseguir otimizar as suas capacidades, proporcionando readaptação funcional, ao seu problema de saúde.

A organização dos cuidados de enfermagem, na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem. São elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem, entre outros: a existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem; a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros; a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore

sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pela pessoa; a satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional; o número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem; a existência de uma política de formação continua dos enfermeiros, promotora de desenvolvimento profissional e da qualidade; a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O programa de intervenção *“Take care of caregivers”*, têm em vista a organização dos cuidados de enfermagem prestados aos cuidadores informais da UHD, promovendo deste modo a qualidade dos cuidados de enfermagem. Têm como quadro de referência o modelo de ajuda profissional de Challifour (2008a), e resultou do diagnóstico de situação da metodologia de projeto que perfilhámos de Ruivo, et al. (2010), os registos são feitos no sistema SCLINICO. Em simultâneo foi feita formação aos enfermeiros que prestam cuidados na UHD, e será necessária mais formação aquando da execução efetiva do projeto, promovendo-se o desenvolvimento profissional.

A realização do planeamento do programa de intervenção, foi também de encontro ao Código Deontológico dos Enfermeiros (Assembleia da República, 2015), onde refere que o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de, analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude, pois o projeto permitiu analisar os cuidados prestados ao cuidador, e perceber que havia uma lacuna nos mesmos, e manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas, para a realização do projeto foi necessário realizar uma revisão integrativa da literatura, atualizando assi os conhecimentos da estudante em relação á temática.

- Gestão dos cuidados;

A estudante atualizou os seus conhecimentos nesta área, através de formação específica de gestão em enfermagem, durante os estágios.

A gestão de serviços de Saúde assume nos dias de hoje um papel preponderante numa maior e melhor eficiência e qualidade dos cuidados prestados á pessoa. A estudante geriu os cuidados de enfermagem especializados, ao longo dos estágios, otimizando o processo de enfermagem ao nível da tomada de decisão, colaborando com as tomadas de decisão dos elementos da equipa da UHD, sempre que era solicitada a sua colaboração, e gerindo a articulação com outros profissionais de saúde, garantindo a qualidade dos cuidados prestados.

A estudante adequou os recursos às necessidades de cuidados, em termos de prioridade (as atividades foram executadas mediante as prioridades), de intervenções (sequência mais adequada que permitiu uma maior eficiência e eficácia) e dos profissionais (cada profissional teve as suas funções e responsabilidades), conseguindo otimizar a gestão de cuidados, aos cuidadores informais e às pessoas internadas na UHD.

O enfermeiro assume, como membro da equipa de saúde, o dever de: atuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma; trabalhar em articulação com os restantes profissionais de saúde e Integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços (Assembleia da República, 2015).

- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Segundo Benner (2001) o Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus construído a partir de estudos de jogadores de xadrez e de pilotos, considera que, na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, um estudante passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Estes diferentes níveis são o reflexo de mudanças, em três aspetos gerais, que se introduzem aquando da aquisição de uma competência. O primeiro é a passagem de uma confiança em princípios abstratos à utilização, a título de paradigma, de uma experiência passada concreta; o segundo é a modificação da maneira como o formando se apercebe de uma situação - não a vê tanto como um conjunto de elementos tirados aqui e ali, mas como um todo no qual só algumas partes são relevantes; o terceiro aspeto é a passagem de observador desligado a executante envolvido. Este último já não está do lado de fora da situação e do processo, mas está empenhado na situação.

A estudante sentiu algumas dificuldades iniciais no desenvolvimento das aprendizagens profissionais específicas, relacionado com o facto de já ser enfermeira há cerca de 20 anos, e já se considerar perita nas áreas onde presta cuidados no seu dia a dia, mas sentiu durante o estágio que estava novamente no estadio de iniciado, devido ao facto de ser uma área de prestação de cuidados muito diferente da que praticava diariamente. Apesar de ser o percurso normal em áreas que não se dominam, não é fácil para uma perita voltar ao estadio de iniciado.

Para se atingir o nível de perito o indivíduo passa através de cinco níveis na aquisição de conhecimentos. O desempenho é efetuado de acordo com as experiências vivenciadas evoluindo para um desempenho holístico em que todas as partes são consideradas importantes: **pricipiante**,

que é caracterizado pela preocupação em realizar as diversas atividades que lhe são propostas e conforme lhe foram ensinadas; **competente**, consegue perfeitamente planejar e diferenciar a atuação na prestação de cuidados, norteia as suas ações através de planos objetivos previamente estabelecidos; **proficiente**, utiliza as experiências passadas e percebe que perante situações semelhantes a atuação necessita de ser adequada de forma singular; **perito**, possui a orientação necessária para influenciar o desempenho dos pares para um verdadeiro cuidar numa prática holística onde as experiências concretas do passado fundamentam alterações aos padrões, às noções e às teorias pré-concebidas dos cuidados. Atua objetivamente no cerne do problema perante outros aspetos potencialmente importantes, com um profundo conhecimento da situação, sendo considerado como referência (Benner, 2001).

Após os estágios, a estudante com a ajuda do EESMP orientador e da Professora orientadora, conseguiu ter a capacidade para entender que, não se consegue ser perito na área da saúde mental apenas com um conhecimento teórico sustentado, pois a prática clínica é essencial para o desenvolvimento do processo de aprendizagem, em qualquer área, mas na área da saúde mental, ainda se evidencia mais esta necessidade.

A estudante desenvolveu durante o MSMP, capacidades reflexivas e de autoconhecimento que lhe permitiram estabelecer relações terapêuticas com as pessoas a quem prestou cuidados, e com a equipa multidisciplinar com quem colaborou.

Sempre que havia contacto com os cuidadores ou com as pessoas internadas na UHD, a estudante debatia com o EESMP orientador, as suas perceções, os sentimentos que havia surgido naquela intervenção, com vista à melhoria da prestação de cuidados especializada.

A estudante desenvolveu os seus processos de tomada de decisão e as intervenções baseadas em conhecimento válido, atual e pertinente, individualizando os cuidados que foram prestados, tendo em conta os princípios da relação de ajuda profissional, conseguiu deste modo basear toda a sua prática clínica em evidência científica.

3.2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018) as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, são:

- Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
- 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;
- Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Passamos agora a descrever as ações que foram realizadas de modo a conseguir atingir estas competências.

Para atingir 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”**, foi muito importante o desenvolvimento precoce iniciado no tronco específico do MSMP, principalmente nas UC de desenvolvimento pessoal em saúde mental e relação de ajuda em saúde mental, que foram duas disciplinas que obrigaram à reflexão e à tomada de consciência enquanto pessoa e enfermeiro.

Os estágios realizados ao longo do MSMP, foram vitais para o crescimento desta competência porque só através da relação com o outro, a estudante conseguiu desenvolver, as suas competências pessoais e profissionais, segundo Patterson & Eisenberg (1988), os profissionais eficientes compartilham o seu próprio eu e oferecem a experiência de seu relacionamento com a pessoa, como forma de abrir a comunicação a níveis de entendimento mais profundos.

A Professora orientadora e o EESMP orientador, tiveram um papel muito importante para o desenvolvimento desta competência, despertando a estudante para a importância da reflexão durante os estágios. A Professora orientadora, durante as reuniões com a estudante, e o EESMP orientador, nas deslocações de carro, entre as visitas da UHD, durante as quais eram preparadas as visitas seguintes e feita a reflexão sobre a visita que tinha acabado de ser realizada. Tanto a Professora orientadora, como o EESMP orientador, coresponsabilizaram-se pelo desenvolvimento

pessoal e profissional da estudante; demonstraram sentido de responsabilidade no acompanhamento dos processos de indução profissional e/ou assunção de novos papéis profissionais da estudante; promoveram a tomada de decisão em enfermagem da estudante; desenvolveram com esta a comunicação, num contexto da prática multidisciplinar e integrada (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

É o enfermeiro responsável pelo processo de supervisão que detém um conhecimento concreto e pensamento sistematizado, no domínio da disciplina e da profissão de Enfermagem e da Supervisão Clínica, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área, que num contexto de atuação e relação supervisiva promove o desenvolvimento pessoal e profissional, assegurando um processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte com a estudante, promotor do desenvolvimento de competência, garantindo a transição socioprofissional segura e a qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Outro motivo, pela qual a estudante desenvolveu conhecimento e consciência de si, foi um processo de doença pelo qual passou durante o estágio final do MSMP. Passamos a descrever o percurso profissional e pessoal que a estudante, teve duramente o MSMP, que afetou a seu autoconhecimento.

A estudante durante o tronco comum do MSMP desempenhou funções na UCI Covid do seu Hospital, serviço este que não existia, mas pela necessidade de prestação de cuidados á pessoa em situação critica com covid 19, foi estruturado para esse efeito. Para a estudante esta foi a pior fase da sua vida profissional, quer ao nível de desgaste físico, quer desgaste mental, trabalhar com a pressão de não se saber o que vai acontecer a seguir, de ter de se manter em segurança por causa da sua família e a preocupação de manter a equipa de enfermagem, bem física e mentalmente, foi de tal modo desgastante que ainda a esta data, um ano depois, a estudante ainda está em recuperação do desgaste mental desse período.

Durante o primeiro estágio do mestrado, a estudante estava em simultâneo a desempenhar funções na Unidade de Cuidados Intensivos Nível II, o seu local de trabalho habitual, por esse motivo, fez muitos turnos seguidos, não tendo o descanso físico e mental necessário, para que a sua saúde estivesse no seu melhor.

A estudante uma vez que já possuía uma especialização na área da enfermagem médico-cirúrgica, baseava a sua prestação de cuidados, em protocolos e algoritmos de atuação bem definidos, por este motivo, esteve a maior parte do primeiro estágio do MSMP, numa busca por estes guias de atuação na área da saúde mental. O facto de não os conseguir encontrar, provocou na estudante uma sensação de não conseguir encontrar o caminho certo para o sucesso do estágio.

O apoio do EESMP orientador e da Professora orientadora do estágio, foram essenciais para o sucesso do mesmo, e para a estudante perceber que não se consegue ter linhas orientadoras rígidas ao nível da saúde mental, pois todas as intervenções vão sendo adaptadas consoante as respostas verbais e não verbais das pessoas com as quais estão a criar a relação de cuidado. Esta procura, desgastou ainda mais a estudante quer ao nível físico, quer ao nível mental.

Após o término do primeiro estágio, a estudante inicia um processo de doença, passando por duas cirurgias e vários dias de internamento, entre os quais na Unidade de Hospitalização Domiciliária, passando de prestadora de cuidados de saúde, para recetora desses mesmos cuidados. Durante quase todo o processo, que durou 3 meses, a estudante teve alterações físicas que lhe provocavam dor, e alterações ao nível emocional, como a diminuição da capacidade de concentração, insónias e apreensão, estas alterações deixaram a estudante debilitada e a nível físico e mental após este processo, mas também proporcionou á estudante uma pausa para refletir sobre si e sobre o modo como estava a conduzir a sua vida pessoal e profissional.

A estudante sendo uma mulher ativa, com filhos, estava habituada a planear e organizar a sua vida profissional e pessoal de modo a dar resposta aos seus filhos, e às diversas atividades que cada um tem ao nível académico e pessoal, ou seja, com poucos momentos de descanso. Com este processo de doença a estudante é obrigada a parar e a deixar nas mãos dos outros, a organização da sua vida familiar e profissional. Este facto faz com que a estudante, tenha percebido que tudo corria bem mesmo sem a sua participação direta.

Todo este período, a obrigatoriedade de fazer uma pausa, ainda que por doença, levou a estudante a perceber que no estágio final não poderia continuar no mesmo ritmo de trabalho que havia estado no primeiro estágio. A estudante quando inicia o estágio seguinte, permite a si mesma, um ritmo mais baixo ao nível do desempenho das suas funções como enfermeira, e das suas funções como mãe e esposa, ou seja, permite-se desfrutar do estágio, de um modo em que apreendeu tudo com muita mais facilidade, sem complicações e com descanso físico e mental.

Em relação às competências específica do EESMP, **assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental; 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; Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde**, foram realizadas várias sessões de intervenção terapêutica de suporte, nomeadamente tranquilizar; ensinar e encorajar para atingir estas competências.

Para além dos conhecimentos sobre as sessões de intervenção terapêutica de suporte, já descritos no enquadramento teórico, foram também necessários conhecimentos sobre técnicas de comunicação e sobre os problemas específicos de cada pessoa com a qual vamos intervir.

“A comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela” (Phaneuf, 2005, p.23)

A comunicação não é uma coisa simples, pois além de mais, nada pode ser considerado de maneira isolada: cada ser existe em interação com os outros, num determinado contexto e numa dada cultura. Cada interlocutor está mergulhado num universo percetual que lhe é próprio. Interpreta o mundo com a sua própria visão e, por seleção e reagrupamento, modula, dá sentido, cria de alguma forma a informação à medida que a transmite. Não é, portanto, surpreendente que haja dificuldades de comunicação (Phaneuf, 2005). O profissional de saúde necessita de adquirir conhecimentos, habilidades e atitudes específicas, o que lhe permitirá melhorar a sua capacidade de diagnóstico, de intervenção e de relação. As técnicas de comunicação, quando utilizadas adequadamente, são fundamentais para o desenvolvimento de uma relação terapêutica, uma vez que todo o comportamento é comunicação e toda a comunicação afeta o comportamento (Sequeira & Sampaio, 2020).

Entende-se como habilidades/técnicas a conduta do profissional na interação comunicativa, a qual é possível concretizar através de uma ação. Entende-se como atitude a predisposição individual para reagir a um estímulo comunicativo que, em função das experiências do profissional. A medida que se vai adquirindo experiência num determinado contexto, vai-se simultaneamente adquirindo mais potencial para ser empático com pessoas que vivenciam determinadas experiências (Sequeira & Sampaio, 2020).

Segundo (Chalifour, 2008a), vários autores, descrevem as seguintes técnicas de comunicação verbal:

- Reflexo

Consiste em o interveniente reproduzir á pessoa, aquilo que compreendeu da mensagem comunicada, tem como finalidade primeira, significar á pessoa que o interveniente o compreende a partir da sua própria experiência, e igualmente convidá-la a prestar atenção sobre o que lhe é refletido por conseguinte, sobre ele próprio. Estas técnicas fundam-se num dos postulados da abordagem existencial-humanista segundo o qual, quanto mais elevados o conhecimento e consciência de si, mais a pessoa será capaz de fazer escolhas e de adotar comportamentos suscetíveis de favorecer o seu desenvolvimento e autorrealização (Chalifour, 2008a), esta técnica foi utilizada em algumas intervenções, começando as frases por “o que eu compreendo é que...”

- Síntese;

A pessoa com necessidade de ajuda, sente-se usualmente confusa, relativamente a tudo o que se passa em si. As suas emoções e ideias misturam-se e atropelam-se na sua cabeça. Uma forma de a ajudar a se reconhecer baseia -se em fazer a síntese daquilo que referiu, em diferentes momentos-chaves, ao longo das trocas verbais (várias vezes durante a mesma entrevista ou na sequência de vários encontros). A síntese consiste em ressaltar os elementos essenciais daquilo que é comunicado, relacionando-os uns aos outros. Estes laços podem respeitar os diferentes temas abordados pela pessoa, as suas emoções, as suas necessidades, os seus pensamentos, ou a sequência temporal com que eles foram comunicados (Chalifour, 2008a), para realizar a síntese utilizaram-se frases como “em suma o que me diz é que a sua ansiedade se deve a.....”.

- Questões;

As questões são sem dúvida alguma, as técnicas de comunicação mais utilizadas em relação de ajuda profissional. Para os iniciados, constituem a técnica a utilizar à vontade. Também muitos clientes esperam, antes de mais, que o interveniente lhes coloque questões. Embora muito divulgada, é uma técnica insuficientemente conhecida por muitos intervenientes, que pensam que conduzir uma entrevista consiste essencialmente em questionar. Assim, a sua primeira preocupação perante uma entrevista, é a de escolher que questões irão colocar. A questão, tal como toda a técnica de comunicação, deve visar um objetivo preciso. Além disso, deve ser usada com toda a precaução porque, pode suscitar reações indesejadas. É necessário que o interveniente conheça bem o que caracteriza esta técnica, as suas forças e limites (Chalifour, 2008a).

No modelo de ajuda profissional, o interveniente encoraja a pessoa a exercer um papel particularmente ativo. Convida-a a participar na necessidade de ajuda, das suas dificuldades e a procurar soluções. Neste sentido, a competência do profissional situa-se acima de tudo na sua capacidade de acompanhar e guiar a pessoa nesta busca (Chalifour, 2008a).

Existem vários tipos de questões que devem ser utilizadas consoante os objetivos do interveniente, questões abertas (convidam a pessoa a desenvolver o seu pensamento), questões fechadas (resposta curta, normalmente utilizadas para permitir á pessoa concentrar-se num aspeto particular do seu problema), questões diretas (sugerem uma resposta direta, servem para colher dados e respondem mais á necessidade do interveniente do que da pessoa), questões indiretas (concedem á pessoa a liberdade de responder ou não, encoraja o processo de exploração da pessoa e simultaneamente, preservam a autonomia) e as questões desadequadas (servem para comunicar de forma disfarçada, afirmações, sugestões e preferências deixando a pessoa a pensar que tem possibilidade de escolha) (Chalifour, 2008a). Foram utilizadas questões abertas como “que pensa de”, questões fechadas “convive com os seus amigos?”, questões diretas “desde quando?”, questões indiretas “imagino que lhe deve ser difícil sentir-se assim” e questões desadequadas “não acha que lhe fazia bem conviver com os seus amigos”.

- feedback e a revelação de si;

O interveniente que estabelece uma relação com uma pessoa e viverá diferentes experiências. O que a pessoa diz ou faz toca-o de diferentes modos. Por exemplo, no plano psicológico, o interveniente terá pensamentos, emoções gostos e necessidades, que têm em grande parte, uma relação direta com e comportamento da pessoa durante a entrevista. Este movimento psicológico traduz-se por certas manifestações fisiológicas tais como, tensões musculares localizadas, alteração dos ritmos respiratório e cardíaco, sensação de calor ou de frio, impressão de sufocamento, etc. O interveniente deve ser capaz reconhecer estas manifestações em si, de ter a melhor compreensão possível sua significação, e de utilizar algumas delas com finalidade terapêutica. Este modelo social e este espelho terão um impacto terapêutico tanto maior e mais elevados, o nível de autoconhecimento do interveniente a capacidade de demonstrar autenticidade (Chalifour, 2008a).

A palavra "feedback", oriunda da física e da eletrónica, descreve o processo pelo qual um dos componentes de um sistema informa os outros do seu funcionamento, deste modo facilitando a sua performance. Numa relação marcada pela confiança e isenta de julgamento, o interveniente partilha o que sente com a pessoa, para assim a ajudar a reconhecer melhor o que se passa nela. Esta técnica de comunicação permite que a pessoa receba uma informação privilegiada, isto é, o

que vive uma pessoa que mantém uma relação consigo e, comparar esta percepção com aquela que tem de si-mesmo (Chalifour, 2008a).

Durante as entrevistas, o interveniente pode ter pensamentos, emoções, necessidades, que não estão diretamente ligadas com o que diz e faz a pessoa, mas que podem prejudicar a qualidade da relação a o desfecho da troca. Por exemplo, se o interveniente está cansado devido às noites passadas junto do seu filho doente e boceja várias vezes no decurso da entrevista, a pessoa pode sentir-se visada e imaginar que o que diz tem pouca importância, que o interveniente não se interessa por ela. Se este está consciente do seu comportamento e do desconforto que provoca na pessoa, pode explicar-lhe a razão sem perder de vista que este não é o objetivo primeiro da entrevista. Poderá manifestar-lhe que tem dificuldade em estar atento, pois está cansado. Deste modo revela-se á pessoa (Chalifour, 2008a).

Foram utilizadas frases como “ Da ultima vez que falamos da doença atual, disse-me que não era nada de importante era só mais uma”, “parece estar surpreendido com o que lhe estou a dizer” e “sinto-me um pouco triste, por irmos acabar as sessões, mas feliz por constatar que já não precisa das sessões”.

- Conselho e a informação

Nas situações correntes, a pessoa espera receber uma resposta às suas interrogações. Esta é a razão pela qual solicita com frequência a competência do interveniente, através de várias questões. Estas expectativas, estão associadas ao modelo biomédico, em que a pessoa foi frequentemente confinada ao seu papel de "paciente que não sabe" e que "beneficia" dos serviços de um perito que lhe dirá do que é que sofre, porquê e o que deve fazer. Se o interveniente tenta responder indiscriminadamente a todas as questões que a pessoa lhe coloca, está a contribuir para reforçar esta ideia de que ela deve contar absolutamente com uma ajuda exterior; que ela é em certa medida incompetente para reconhecer as suas necessidades e dificuldades e, para definir as suas expectativas. O interveniente deve distinguir nos seus pedidos, aqueles que apelam a conhecimentos científicos e aqueles que apelam à sua capacidade de ajudar o cliente a encontrar em si-mesmo as respostas a certas questões (Chalifour, 2008a).

Ao aconselhar e dar informações á pessoa, o interveniente assume um papel muito importante. Reconhece nela a necessidade de saber, de compreender, o direito de ser esclarecido acerca do que se passa com ela e de poder fazer escolhas. Neste sentido, deve ser estimulada a participação da pessoa, pondo ao seu serviço os seus conhecimentos profissionais para lhe permitir fazer escolhas esclarecidas quanto às diferentes medidas terapêuticas capazes de a ajudar (Chalifour, 2008a).

Quaisquer que sejam as razões, que motivam o interveniente a dar um conselho ou uma informação á pessoa, deve ter a preocupação constante de ser compreendido (Chalifour, 2008a).

Existem seis tipos de atitudes que são mais frequentes nos serviços de saúde: Atitude de aceitação: "O senhor fez bem, é muito importante vir logo ao hospital"; Atitude de interpretação: "O que o senhor sente não é isso. Sente-se mal, mas isso não é dor"; Atitude de orientação: O senhor deve fazer o seguinte: (opinião do profissional)"; Atitude de exploração: "Não estou a compreender, pode falar-me mais sobre isso...": Atitude de apoio: "Não desanime, vai ver que vai conseguir, nós estamos aqui para o ajudar..."; Atitude de compreensão: "a sua situação não tem sido fácil..." (Sequeira & Sampaio, 2020)

Passamos a descrever o resultado da pesquisa bibliográfica realizada para cada uma das intervenções

- Cessação tabágica

A Intervenção foi realizada a uma pessoa do sexo masculino, entre os 40 e os 50 anos, casado e coabita com a esposa e um filho adolescente. Quando foi tida em conta a intervenção terapêutica de suporte do tipo ensinar, selecionou-se de dentro de todo o enquadramento teórico existente o que aquela pessoa se poderia identificar. Como tal, foram utilizados os dados disponíveis que se enquadrassem na mortalidade associada á idade da pessoa, e na perspetiva de como fumar pode afetar o seu filho adolescente.

O processo de cessação tabágica é vivenciado na maioria dos casos de forma penosa e stressante, pois a transição de fumador para ex-fumador, acarreta consigo alterações na imagem pessoal, alterações de comportamento social e uma síndrome de abstinência física que dificulta todo o processo. O comportamento tabágico é considerado um comportamento adquirido, mantido por um sistema de reforços positivos e negativos. O bem-estar proporcionado pelo cigarro faz com que o ato de fumar se torne repetitivo. O consumo aumenta progressivamente estabelecendo-se a dependência. Os reforços internos (prazer do consumo) e os reforços externos (aprovação e estimulação sociais) levam à consolidação e manutenção do comportamento (Mateus, 2019).

Fumar é a primeira causa evitável de doença, incapacidade e morte prematura nos países desenvolvidos, estando associada a seis das oito primeiras causas de morte a nível mundial. Em 2010, o consumo de tabaco foi responsável, em Portugal, pela morte de cerca de 11 000 pessoas fumadoras ou ex-fumadoras, causadas por doenças respiratórias, cancro ou doenças do aparelho cardiovascular (Simas, et al., 2015). Os indivíduos que cessam os hábitos tabágicos antes dos 50 anos têm metade do risco de morrer nos 15 anos seguintes. Deixar de fumar diminui o risco de

desenvolver doenças cardiovasculares e doenças respiratórias, bem como inúmeros tipos de cancro (Simas, et al., 2015; Direção Geral da Saude, 2019) . A maior percentagem de óbitos atribuíveis ao tabaco registou-se no grupo etário dos 50 aos 69 anos. Neste grupo etário, um em cada quatro óbitos foi atribuível ao tabaco (Direção Geral da Saude, 2019).

A iniciação do consumo de tabaco é um grave problema de saúde infantil e juvenil. Dos jovens que iniciam o consumo, mais de um terço irá continuar a fumar ao longo da vida adulta, comprometendo assim a sua saúde e longevidade. Se não se conseguir impedir que os jovens comecem a fumar, as próximas gerações continuarão a suportar um pesado fardo, não só em termos de doença, incapacidade e mortalidade prematura, mas também em gastos em tratamentos e serviços de saúde (Direção Geral da Saude, 2019). Deixar de fumar, para além de reduzir doenças e mortalidade prematura, contribui para reduzir a exposição social das crianças ao comportamento de fumar dos adultos. Diversos estudos demonstram que o exemplo de fumar dos pais, influencia o comportamento de fumar dos seus filhos. Os pais têm, por isso, um papel muito importante na educação e proteção dos seus filhos contra os riscos associados ao consumo e à exposição ao fumo do tabaco (Direção Geral da Saude, 2019).

Em 2018, de acordo com dados recolhidos no Dia da Defesa Nacional, 60,1% dos jovens com 18 anos de ambos os sexos disseram já ter fumado (Direção Geral da Saude, 2019).

- Más notícias

Foi realizada a intervenção terapêutica de suporte do tipo encorajar, na sequência do diagnóstico de neoplasia do pulmão.

A representação que a pessoa tem da doença tem um papel preponderante no processo de adaptação. Esta representação encerra crenças relativas à própria doença, por exemplo, tipologia, gravidade e progressão, tipo de tratamentos e fase do ciclo de vida em que a mesma é diagnosticada (Neto & Baptista, 2020). Entre os fatores individuais que interferem no processo de adaptação à doença, evidenciam-se a idade e fase do ciclo de vida em que a doença surge ou é diagnosticada, o estilo de coping, o apoio social e familiar e a concomitância de psicopatologia. No que concerne à idade e fase do ciclo de vida em que a doença surge ou é diagnosticada, aquelas que surgem tardiamente têm um maior potencial problemático. As crianças com doença congénita ou que a adquirem no primeiro ano de vida integram mais facilmente como fazendo parte de si próprias. Nestes casos não ocorre a vivência de um «antes» e um «depois» da doença, com as perdas que lhe estão associadas (Neto & Baptista, 2020).

O modo como a pessoa se adapta à doença é influenciado pelo seu estilo de coping, ou seja, a forma como habitualmente lida com as circunstâncias da sua vida! Na adaptação à doença

distinguem-se estilos de coping mais passivos e estilos mais ativos? Os primeiros estão associados a uma atitude mais fatalista, de resignação face à doença. A pessoa apresenta-se frequentemente preocupada e ansiosa, percecionando a doença como muito ameaçadora e sem sentir controlo sobre ela. Os segundos incluem o espírito de luta, em que a pessoa adota uma atitude otimista de desafio perante a doença e sente que a mesma é controlável. De um modo geral, os últimos estão associados a uma adaptação mais positiva. O apoio social e familiar é outra das variáveis que influencia o processo de adaptação (Neto & Baptista, 2020).

Na face ao diagnóstico de uma doença crónica, a reação emocional mais frequente é de choque, que pode ser tipificada por estupefação, desorientação e/ou indiferença. Face à mesma, é comum a expressão de reações intensas de desespero, revolta, angústia e tristeza. A tristeza surge associada às múltiplas perdas, no presente e no futuro, que a doença implica. Neste período de crise, é comum a negação enquanto estratégia de coping que ajuda a pessoa a lidar com o impacto emocional do diagnóstico. Nesta perspetiva, a negação tem funções adaptativas de autoproteção ou preservação da integridade do self. Este mecanismo permite uma adaptação gradual às más notícias, prevenindo que a pessoa se sinta devastada pelas mesmas (Neto & Baptista, 2020).

Transmitir más notícias à pessoa doente é imprescindível nas competências dos profissionais de saúde, torna-se pertinente o desenvolvimento de competências relacionais, no sentido de garantir a qualidade das relações enfermeiro, pessoa e família, em situações de crise (Pereira, 2008). Estas ocasiões produzem um impacto profundo no bem-estar físico, psicológico e social do doente. Uma boa relação interpessoal, baseada na confiança, na empatia e no respeito, pode ajudar na adaptação à doença e ao tratamento, contribuindo para uma melhor qualidade de vida (Galvão et al., 2015). Assim, a comunicação de más notícias, continua a ser uma das situações mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais dos cuidados de enfermagem, não só pela gravidade das situações a que diz respeito, mas também pela controvérsia que ainda existe em torno do quem, do quê e do como da informação a proporcionar aos doentes (Pereira, 2008).

Segundo Leal (2003), o protocolo de Buckman, é de grande utilidade na transmissão das más notícias. Este protocolo inclui:

- “Preparação e Escolha do local adequado

Fazer precocemente a preparação para o caso de os exames virem a revelar uma neoplasia. As más notícias devem ser dadas pessoalmente e num local privado,

tentando que não haja interrupções por terceira pessoa. Se o doente quiser estar acompanhado isso poderá ser muito útil

- Perceber o que é que o doente já sabe

Pedir ao doente que forneça uma explicação para o que lhe está a suceder (sintomas, exames realizados). Saber se já alguma informação lhe foi dada no contacto com outros profissionais.

- Saber o que é que o doente quer saber

Pesquisar até que ponto o doente quer ter conhecimentos sobre a sua patologia, perceber se habitualmente gosta de discutir os pormenores sobre a sua saúde. Considerar a possibilidade de os resultados poderem ou não ser positivos

- Dar a notícia

Habitualmente dá-se o chamado « tiro de aviso » – « os resultados não estão como gostávamos » ou « há aspetos menos bons no que aqui estou a ver ». Perante esta abertura, há que verificar a reação imediata do paciente, que claramente dará pistas se pretende ou não avançar com a transmissão mais detalhada da informação. « Não há palavras certas para se dizer ». De qualquer forma, devemos tanto quanto possível evitar os eufemismos, as frases longas e de interpretação menos clara e o chamado « medicalês ». Quando, após a informação, nos apercebemos que o paciente não imagina a gravidade da sua doença, temos uma tarefa difícil a enfrentar: como alterar a sua perspetiva de que está bem, para a de que está gravemente doente? Este tempo, o chamado tempo de transição, pode demorar horas, dias ou semanas e depende de cada doente. O que é fundamental é que o paciente entenda que não está sozinho nesta fase diferente do percurso da doença e que, mesmo não havendo cura, há intervenções concretas para prevenir o seu sofrimento.

- Responder às emoções e às perguntas do doente

Após a comunicação da má notícia, as duas reações mais comuns são o medo e o desgosto, que muitas vezes são traduzidas como raiva contra o próprio profissional. Esta situação requer que o profissional diferencie bem o conteúdo da mensagem (as más notícias) do portador da mensagem (ele próprio) e deve demonstrar ao doente, não agressividade, mas sim apoio e compreensão, (sem mostrar pena!) validando a reação emocional como natural naquelas circunstâncias. O choro ou o silêncio devem ser respeitados e não inibidos. Um toque na mão, ou no ombro, demonstra apoio e pode tranquilizar o doente. Os pacientes com neoplasia, geralmente querem saber se a doença se confirma, se há metástases ou não, se é curável, como vai ser o tratamento e, fundamentalmente, preocupa-os o tempo que lhes resta de vida. Após um choque inicial, o doente precisa de clarificar o significado da informação que lhe foi dada, expondo os seus receios, nomeadamente face a experiências prévias que tenha vivido ou com as quais tenha contactado (história familiar de neoplasias, por exemplo). Por mais explícitos que sejamos, devemos lembrar-nos que, na altura de receber uma má notícia, ninguém consegue reter toda a informação que lhe é dada. Devemos responder direta e honestamente a todas as perguntas efetuadas, mesmo às mais difíceis. No entanto, não devemos fazer prognósticos sobre a altura da morte, pois isso irá causar ainda maior angústia ao doente. Não devemos deixar de abordar esse tópico se isso for importante para o doente (planear o futuro, decisões com menores envolvidos, por exemplo) mas iremos acordar com o doente que o faremos em função da evolução clínica, no próximo mês, na próxima semana voltaremos a falar sobre como acha que está a evoluir. Para que o paciente consiga abarcar grande parte de informação que lhe é prestada, devemos falar de uma forma simples e clara, evitando ao máximo os termos técnicos; rever a situação e verificar se o doente percebeu a

informação que lhe foi dada; dar as informações mais importantes no princípio ou no fim da conversa, porque habitualmente o que se diz no meio é completamente esquecido pelo paciente.

- Propor plano de acompanhamento e encerrar a entrevista

A forma mais eficaz que temos para o fazer, consiste em fornecer um plano de ação futuro. Conjuntamente com o doente, devem procurar-se os principais problemas a resolver (e que não passam apenas pelos sintomas) e adotar um plano consensual, mostrando que há pequenas metas passíveis de ser atingidas e, desta forma, concretizar aspetos gratificantes da vida do doente. Deve ser perguntado ao paciente quem mais precisa de saber da sua doença e se vai precisar de ajuda para o fazer. Devemos encorajar os doentes a escreverem as perguntas que querem fazer para que numa próxima consulta não as esqueçam. É importante deixar sempre «uma porta aberta» para que o doente fale connosco se precisar e, por fim, deixar sempre um próximo contacto marcado” (p.41-43).

É fundamental que o enfermeiro ao comunicar com a pessoa respeite os princípios da autonomia, consentimento informado e o direito à informação de que a pessoa/família necessita, especialmente se se pensar que a doença é geradora de medos e insegurança (Galvão et al., 2015).

A ação terapêutica central na fase do diagnóstico é orientar a pessoa para a realidade. Neste sentido, o terapeuta deve incentivar a expressão e a regulação emocional e promover a resolução de problemas orientada para aqueles que são imediatos e mais urgentes. Neste âmbito procede-se a uma identificação e hierarquização dos problemas, com definição clara de prioridades. Seguidamente identificam-se os recursos necessários para lidar com os problemas reconhecidos. O terapeuta deve igualmente desenvolver ações de psicoeducação, com o objetivo de normalizar as reações emocionais expressas pelo paciente. Outro objetivo terapêutico nesta fase é fomentar o apoio social, e promover uma comunicação aberta e eficaz com os outros, nomeadamente com a equipa de saúde (Neto & Baptista, 2020).

- Violência doméstica

Situação detetada aquando da primeira visita á pessoa internada na Unidade de Hospitalização Domiciliária. A cuidadora apresentava sinais evidentes de ansiedade tais como angústia, apreensão, nervosismo, tensão, tremores e referiu sofrer de insónias. Na primeira abordagem para tentar perceber o motivo para aquela sintomatologia, rapidamente a cuidadora referiu que o esposo “antigamente” a agredia. Foi prestada terapia de suporte do tipo tranquilizar, pois o esposo estava com suporte ventilatório contínuo e seria mais difícil atingir a cuidadora caso esta tivesse de se afastar dele. Na visita seguinte, através da estrutura de avaliação de risco de violência de Reeves (2015), conclui-se que a permanência em regime de hospitalização domiciliária, iria colocar a cuidadora em risco de sofrer novamente violência doméstica, decidiu-se então pelo internamento hospitalar da pessoa internada em UHD.

Segundo a Associação Portuguesa de Apoio á Vitima (2010), a violência doméstica é como qualquer conduta ou omissão de natureza criminal, reiterada e/ou intensa ou não, que inflija sofrimentos físicos, sexuais, psicológicos ou económicos, de modo direto ou indireto, a qualquer pessoa que resida habitualmente no mesmo espaço doméstico ou que, não residindo, seja cônjuge ou ex-cônjuge, companheiro/a ou ex-companheiro/a, namorado/a ou ex-namorado/a, ou progenitor de descendente comum, ou esteja, ou tivesse estado, em situação análoga; ou que seja ascendente ou descendente, por consanguinidade, adoção ou afinidade. Esta definição implica a referência a vários crimes, sejam de natureza pública, semipública ou particular, nomeadamente: o de maus-tratos físicos e/ou psíquicos; o de ameaça; o de coação; o de difamação; o de injúria; o de subtração de menor; o de violação de obrigação de alimentos; o de violação; o de abuso sexual; o de homicídio; e outros.

Desde o período romano até ao início do século XX, as mulheres foram consideradas propriedade pessoal dos homens. No início do período romano, as mulheres eram compradas como noivas e o seu estatuto, assim como o dos seus filhos, era muito próximo à condição dos escravos. Tareias violentas e mesmo a morte aconteciam se as mulheres agiam de modo contrário aos desejos dos maridos ou ao código social da época. As mulheres têm sido historicamente socializadas para se verem a si próprias como objetos sexuais. No início dos tempos bíblicos, esperava-se que as mulheres se subjugassem aos desejos dos homens e aquelas que se recusavam eram frequentemente severamente castigadas (Townsend, 2011).

São amplamente notórias as conquistas feministas. Passaram a exigir melhores condições de vida e de trabalho, o que culminou na obtenção dos mesmos direitos que eram detidos somente pelo setor masculino, nomeadamente, para trabalho igual salário igual. Provaram que têm as

mesmas capacidades que os homens e, como tal, passaram a ter a remuneração condigna, contribuindo com ela para a gestão da vida familiar e educação dos filhos, o que anteriormente era da responsabilidade exclusiva do homem. É, inaceitável que ainda exista algum preconceito contra a mulher, sendo que o seu legado está num crescendo permanente. Incontestavelmente, a mulher ganhou o seu espaço na sociedade, o qual era predominantemente masculino. Porém, a violência doméstica contra as mulheres continua a configurar-se como um grave problema social (Cardoso, 2014).

A violência doméstica, ocorre, por norma, no espaço que é partilhado pelos intervenientes, por vezes, entre marido e mulher ou outro tipo de pessoas, como quem se verifica uma relação de vivência e até de dependência. O uso da força visa, por parte de um dos interlocutores, uma demonstração de poder que pode ser físico, económico, psicológico e até de outra dimensão. Constitui um método de resolução de litígios interpessoais, procurando o vitimador que a vítima lhe seja submissa, faça tudo o que ele pretende, que concorde com ele, que se anule, contribuindo para o reforço da sua posição (Cardoso, 2014).

A violência doméstica foi considerada crime público pelo decreto-lei nº 48/95 “ Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade, ofensas sexuais ou impedir o acesso ou fruição aos recursos económicos e patrimoniais próprios ou comuns: a) Ao cônjuge ou ex-cônjuge; b) A pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação de namoro ou uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação; c) A progenitor de descendente comum em 1.º grau; ou d) A pessoa particularmente indefesa, nomeadamente em razão da idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite; e) A menor que seja seu descendente ou de uma das pessoas referidas nas alíneas a), b) e c), ainda que com ele não coabite; é punido com pena de prisão” (Diário da República Eletrónico, 1995).

- Ansiedade

Intervenção em duas situações distintas:

1ª situação- Homem de cerca de 20 anos, que após internamento numa unidade de internamento hospitalar com vigilância contínua, ingressou na UHD.

Cerca de uma hora, após regressar ao domicílio para o internamento casa, liga para o BIP da UHD a dizer que não se estava a sentir bem, que necessitava da equipa da UHD no seu domicílio. Quando o EESMP orientador e a estudante chegaram ao domicílio, o senhor sentia que estar em casa sem vigilância de um profissional 24 horas por dia uma ameaça para a sua saúde, referia ter medo de não conseguir despistar algum sintoma da sua doença, como já havia feito no passado.

Foi feita intervenção do tipo encorajar e tranquilizar, percebendo a origem do problema/ ameaça que a pessoa estava a sentir. Concluiu-se que estava associada com o facto de passar de um meio totalmente controlado pelos profissionais, com monitorização contínua, para um meio menos controlado.

Segundo Chalifour (2008a), se a pessoa que tem uma percepção falsa de si própria e do ambiente, torna-se cada vez menos eficaz para retirar os recursos necessários à satisfação das suas necessidades e, da mesma maneira, à sua atualização e à sua realização. Terá necessidade de ajuda exterior para sair deste círculo vicioso. A pessoa deve aceitar viver uma certa ansiedade e aprender a utilizá-la para reconhecer a origem do problema e encontrar meios satisfatórios para responder às suas necessidades ou alcançar o seu objetivo. Se os meios utilizados são pertinentes e agem na fonte de stress, a ansiedade diminuirá, se por outro lado não se conseguir reduzir a tensão satisfatoriamente e se a pessoa não recebe ajuda externa, pode entrar numa situação de crise.

2ª Intervenção – Cuidador de uma pessoa que ingressou na UHD. Aquando da chegada do familiar ao domicílio, ligou para a UHD, para referir que o seu familiar não se encontrava bem, que estava com dispneia. Referiu que se a equipa da UHD, não fosse imediatamente ao domicílio chamaria o INEM, para levar o familiar novamente para o internamento hospitalar.

Ao chegar ao domicílio a equipa da UHD, encontrou o cuidador, a esposa da pessoa internada na UHD e a pessoa doente na sala de estar. A pessoa doente foi avaliada pela equipa da UHD, não apresentando sinais de dispneia ou sinais de gravidade da sua doença.

O cuidador encontrava-se inquieto, apreensivo em relação ao internamento do familiar em UHD, com irritabilidade, incapaz de relaxar, rosto crispado, respiração acelerada e olhos muito abertos, questionando o facto do familiar ter estado no hospital e agora estar sem vigilância, e como tal se o familiar tem aquele episódio de dispneia, eles têm de chamar a equipa porque tem receio que o familiar piore.

Segundo Chalifour (2008a), cada ser humano terá, ao longo da sua vida, momentos de ansiedade mais ou menos intensos. Para se proteger e diminuir o nível de desconforto que o acompanha, cada um utiliza, conscientemente ou não, um conjunto de meios mais ou menos eficazes para aliviar provisoriamente a ansiedade. Algumas pessoas, utilizam meios menos conscientes para aliviar provisoriamente a ansiedade, e por isso desenvolvem crises súbitas de agressividade, choro ou hilaridade inadequadas à situação vivida.

Quando a pessoa vive um grau mais elevado de ansiedade, deverá mobilizar mais energia para diminuir o desconforto que sente. Esta energia pode ser utilizada de um modo consciente ou

inconsciente para tentar fazer face à ameaça apreendida e para lhe fugir. Podem ser reações conscientes ou reações inconscientes, os chamados mecanismos de defesa (Chalifour, 2008a).

- As reações conscientes

Certas situações geradoras de ansiedade são relativamente fáceis de reconhecer. Por exemplo, passar num exame, consultar um médico devido a uma dor intensa de origem desconhecida, encontrar um empregador eventual para uma entrevista. A pessoa adotará então certos comportamentos, com vista à resolução de um problema ou conflito, ou para satisfazer uma necessidade. Estes comportamentos são o ataque, a fuga ou o compromisso (Chalifour, 2008a).

- As reações inconscientes (os mecanismos de defesa)

Se os comportamentos que a pessoa adota forem insuficientes para neutralizar este estado de tensão que continuamente se impõe ou se, o indivíduo não consegue determinar a origem desta ansiedade, utilizará então para se proteger, e isto a maior parte das vezes inconscientemente, os mecanismos de defesa. Os mecanismos de defesa são manobras psicológicas inconscientes ao serviço do eu, que têm como objetivo proteger a pessoa da sua ansiedade, constituem em certa medida um espelho, que permite alterar certos aspetos da realidade interna ou externa da pessoa, tornando-os mais aceitáveis aos seus olhos (Chalifour, 2008a).

Segundo Chalifour (2008a), alguns autores reagruparam os mecanismos de defesa em função da sua origem, ou do seu nível patológico de utilização ou ainda, em função das suas manifestações particulares no ciclo de contacto. Importa, antes de tudo, reconhecer a sua presença e as suas manifestações como o indício de uma dificuldade do indivíduo em aceder à sua experiência. Sublinhemos que alguns comportamentos se explicam pela presença de vários mecanismos de defesa. São exemplo disso o Recalcamento; a projeção; a negação; a identificação; a racionalização; a formação reativa; a sublimação; a compensação; a regressão; o deslocamento e o isolamento.

Após realizarmos intervenção terapêutica de suporte do tipo tranquilizar ao cuidador, compreendemos que a situação causadora do estado de ansiedade em que se encontrava tinha a ver, com o facto de o familiar ter ido para o domicilio sem acompanhamento de médico ou enfermeiro, foi na opinião do cuidador sem uma equipa especializada e ficava em casa sem essa mesma equipa 24 horas por dia, sendo que o estado de dispneia (que já não se encontrava presente aquando da chegada da equipa da UHD), passou para segundo plano no discurso do cuidador. Consideramos que o cuidador estava a utilizar o deslocamento como mecanismo de defesa. O deslocamento é um mecanismo através do qual um sentimento (geralmente agressivo ou hostil) relativo a alguém, é dirigido para um substituto neutro ou menos perigoso que essa pessoa.

Consideramos que o sentimento de revolta para com os profissionais de saúde, que na perspectiva do cuidador deveriam ter acompanhado o seu familiar ao domicílio, foi projetado no estado de saúde, com que o seu familiar chegou ao domicílio, para deste modo justificar a sua perceção de que deveria ter havido acompanhamento medico ou de enfermagem do mesmo. Com o telefonema que realizou para a equipa da UHD, conseguiu que a equipa se deslocasse rapidamente a casa, demonstrando que tudo teria sido prevenido se tivesse havido esse acompanhamento inicial.

Após a intervenção, o cuidador e a esposa da pessoa doente, ficaram mais calmos e recetivos aos cuidados pela equipa da UHD.

3.3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Segundo publicação no Decreto-Lei n 74/2006 (Diário da República, 2006) o grau de mestre é conferido aos que demonstrem:

- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 - ✓ Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.o ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ✓ Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

A estudante para desenvolver competências relacionadas com a aplicabilidade do processo de enfermagem, durante o MSMP, principalmente durante os estágios, necessitou de uma constante e exaustiva análise das diversas situações com que se defrontou na prestação de cuidados especializados. Um maior suporte teórico, juntamente com uma maior capacidade de

análise crítica e reflexiva, contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à população.

Na prestação de cuidados especializadas ao longo dos estágios, a estudante viu as pessoas como um todo, inseridas no seu contexto familiar, evitando o estigma, o preconceito e a discriminação social, para que todas as pessoas se sentissem incluídas e não estigmatizadas. Sendo que, foi sempre feita avaliação do contexto familiar, na perspectiva de poder afetar quer a prestação de cuidados à pessoa internada em UHD, quer o cuidador informal. Sempre que, após esta avaliação se concluía que o internamento em UHD, não era benéfico para a saúde da pessoa e ou do cuidador informal, eram iniciadas diligencias para internamento na unidade hospitalar. Teve sempre como premissa que cada profissional tem uma área de especialidade, e que para que o exista um cuidado global à pessoa, terá de prestar cuidados integrada numa equipa multidisciplinar.

A prestação de cuidados especializados à pessoa com doença mental, é complexa, na perspectiva da estudante porque faltavam as chamadas “*guidelines*”. Existem diretrizes ao nível da relação de ajuda, as técnicas de intervenção do EESMP, mas a imprevisibilidade da resposta da pessoa com que se está a intervir, faz com que seja necessário tomadas de decisão constantes no processo de cuidados especializados. As UC do tronco específico do MSMP, juntamente com a orientação do EESMP e da Professora responsável pelos estágios, foram essenciais para que a estudante tenha conseguido desenvolver os cuidados de enfermagem especializados com autonomia, tendo em conta as implicações na saúde da pessoa e responsabilidades éticas e sociais que resultem desses mesmos cuidados.

Os profissionais de enfermagem devem manter, ao longo da sua vida profissional, um espírito de desassossego científico, que levará à busca constante do conhecimento e de saberes. A estudante manteve sempre este espírito e disso é prova a realização do atual mestrado, pois a estudante já possui uma Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico Cirúrgica, a esta procura constante de conhecimento levou a estudante a realizar o MSMP, para adquirir conhecimentos numa área que sempre foi de seu gosto pessoal. Durante o MSMP realizou várias formações, de modo a adquirir conhecimento científico na área do MSMP.

A procura de evidência científica constante, é gratificante tanto a nível pessoal como profissional, nomeadamente a elaboração deste relatório. A disciplina de Investigação em Enfermagem, foi primordial para a aquisição de competências na área de investigação, pois os conteúdos programáticos da UC foram essenciais para a realização de uma revisão sistemática da literatura e para a realização do projeto de intervenção “*Take care of caregivers*”.

A estudante promoveu o desenvolvimento científico, produzindo e divulgando trabalhos científicos realizados durante o MSMP. Foi realizada a apresentação no III Seminário Internacional Vulnerabilidades Sociais e Saúde, de uma Revisão Sistemática de Literatura, realizada no âmbito da disciplina de Investigação em Enfermagem, permitindo a disseminação da investigação pelos seus pares. O projeto de intervenção *“Take care of caregivers”*, foi realizado tendo em conta a metodologia de projeto, que têm como objetivos a resolução de problemas da prática clínica, este projeto foi divulgado através de formação em serviço, de forma a comunicar quer a enfermeiros especialistas, quer a não especialistas os conhecimentos e raciocínios subjacentes ao projeto, e a forma de implementação do mesmo.

O desenvolvimento das competências de Mestre, vão proporcionar cuidados de enfermagem de excelência às pessoas, grupos e comunidades, e aumentar a visibilidade à disciplina da enfermagem.

4. CONCLUSÃO

A frequência do MSMP, foi estimulante para o crescimento pessoal e profissional, enriquecido pela componente teórica, pelos momentos de aprendizagem em estágio e pela estimulação para realização da revisão da literatura, bem como da promoção do pensamento reflexivo e crítico, levando ao autoconhecimento essencial para um EESMP.

Este relatório de estágio iniciou-se com a descrição da pesquisa bibliográfica baseada nos princípios da revisão integrativa da literatura, culminando no enquadramento teórico, que abordou os temas do cuidador informa, ansiedade, cuidador Informal cuidados de enfermagem especializados, modelo ajuda profissional de Chalifour e a intervenção terapêutica de suporte.

Foi realizado o projeto de intervenção, baseado na metodologia de projeto de Ruivo, Ferrito e Nunes, que possibilitou identificar uma lacuna existente, nos cuidados de enfermagem especializados em saúde mental na gestão da ansiedade dos cuidadores informais das pessoas internadas na UHD, e deste atingir o objetivo de criar o programa de intervenção de enfermagem de saúde mental *“Take care of caregivers”*, para a gestão da ansiedade dos cuidadores informais das pessoas internadas na UHD, integrada na intervenção terapêutica de suporte, para posterior implementação pela equipa de enfermagem da UHD, das fases de execução e avaliação, e a posterior divulgação dos resultados.

No final do relatório de estágio foi realizada a análise e reflexão sobre as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde mental e Psiquiátrica e as Competências de Mestre em Enfermagem, descrevendo principais atividades que levaram ao desenvolvimento dessas mesmas competências, tendo alterado de um modo substancialmente diferente, o modo de compreender a área da Saúde Mental e Psiquiátrica.

Concluimos que, com a frequência do MSMP e a realização do Relatório de Estágio, foram adquiridas e posteriormente demonstradas, competências clínicas específicas do EESMP, que irão contribuir para a melhoria das práticas de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnósticos e estatísticos das perturbações mentais - DSM-5*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Apostolo, J., Antunes, M., Mendes, A., & Castro, I. (2012). *Conforto/ desconforto em Doentes Internados em Clínica Psiquiátrica*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 33-38.
- Assembleia da República. (16 de Setembro de 2015). *Diário da República, 1.ª série — N.º 181*.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2010). *Para o atendimento de mulheres vítimas de violência doméstica*. Lisboa: Governo dos Açores.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cardoso, F. (2014). *A (in) eficácia da proteção das vítimas de violência doméstica*. Lisboa: Instituto Superior Bissau Barreto.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção Terapêutica - Estratégias de Intervenção - Volume 2*. Lisboa: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica- Os fundamentos existencial-humanista da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.
- Collière, M. (2003). *Cuidar...a primeira arte da vida* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Correia, M. (2019). *Intervenção Terapêutica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com o Cuidador Informal em Sobrecarga, na UCC*. Setúbal: Mestrado em Associação.
- Cunha, M. (2012). *O impacto do cuidador informal na qualidade de vida do cuidador*. Vila Nova de Gaia: Instituto Politécnico do Porto.
- Dewald, P. (1994). Principles of Supportive Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, pp. 505- 518.
- Diário da República. (24 de Março de 2006). *Decreto-Lei n.º 74/2006*.

- Diário da República. (25 de Junho de 2015). *Regulamento nº 356/2015 - regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental*. Diário da República, 2ª série-nº122, pp. 17034-17041.
- Diário da República. (06 de Fevereiro de 2019). Diário da República, 2.ª série — N.º 26. *Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, 4744- 4750. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/regulamento-das-compet%C3%A2ncias-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-das-compet%C3%A2ncias-espec%C3%ADficas-das-especialidades-em-enfermagem/>
- Diário da República Eletrónico. (1995). *Código Penal - Decreto-Lei n.º 48/95 - Diário da República n.º 63/1995, Série I-A de 1995-03-15*.
- Dias, C. (05 de 02 de 2022). *Aprender a Relaxar*. Obtido de Gapsi – Gabinete de Apoio Psicopedagógico: https://ciencias.ulisboa.pt/sites/default/files/fcul/institucional/gapsi/Aprender_a_relaxar.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Portugal, Saúde Mental em Números- Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa.
- Direção Geral da Saúde. (2019). *Programa nacional para a prevenção e controlo do tabagismo*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Elias, M. (2014). *As Técnicas de Relaxamento como Instrumento Terapêutico de Enfermagem em Pessoas com Sofrimento Mental*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Felipe, S., Oliveira, C., Silva, C., Mendes, P., Carvalho, K., Silva-Júnior, F., & Figueiredo, M. (2020). *Ansiedade e depressão em cuidadores informais de idosos dependentes: um estudo analítico*. Revista Brasileira de Enfermagem, pp. 1-8.
- Felix, M., Ferreira, M., Oliveira, L., Barichello, E., Pires, P., & Barbosa, M. (2018). *Terapia de relaxamento com imagem guiada sobre a ansiedade pré-operatória: ensaio clínico randomizado*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 1-10.
- Galvão, A., Valfreixo, M., & Esteves, M. (2015). *Processo comunicacional na transmissão de más notícias: revisão da literatura communicational process in bad news broadcast*:

literature review. Livro de atas do ii seminário internacional em inteligência emocional 2015 (pp. 247-261). Bragança: Instituto Politécnico de Bragança.

- Grover, D., Avasthi, A., & Muskesh, J. (Janeiro de 2020). *Clinical Practice Guidelines for Practice of Supportive Psychotherapy*. *Indian Journal of Medicine*, pp. 173-182.
- Instituto Nacional de Estatística. (28 de agosto de 2020). *População residente com 15 e mais anos de idade que presta cuidados informais (N.º) por Sexo, Grupo etário e Escalão de tempo gasto semanalmente na prestação de cuidados informais*. Obtido de Instituto nacional de Estatística:
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008933&selTab=tab0&xlang=pt
- Junqueira, M. (2006). *A viagem do relaxamento - Técnicas e dinâmicas*. Golânia: UCG.
- Leal, F. (2003). Transmissão de más notícias. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, pp. 40-43.
- Marques, E., & Delfino, T. (20 de 03 de 2016). *Contribuições das técnicas de respiração, relaxamento e mindfulness no manejo do estresse ocupacional*. Obtido de Psicologia.pt- o portal dos psicólogos: <http://www.psicologia.pt>
- Mateus, C. (2019). *Cuidar da Pessoa Em Processo de Cessaçã Tabagica*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Mendes, J. (Junho de 2006). *A relação de ajuda: um instrumento no processo de cuidados de enfermagem*. *Revista de Formação Continua em Enfermagem*, pp. 71-77.
- Minayo, M. (2021). *Cuidar de quem cuida de idosos dependentes: Por uma política necessária e urgente*. *Ciência & Saúde Coletiva*, pp. 7-15.
- Neto, A. (2011). *Técnicas de respiração para a redução do estresse em terapia cognitivo-comportamental*. *Arquivos Médicos*, 158 - 168.
- Neto, D., & Baptista, T. (2020). *Psicoterapias cognitivo-comportamentáís - intervenções clinica* (Vol. 1). Lisboa: Edições Silabo.
- Novalis, P., Singer, V., & Peele, R. (2020). *Clinical Manual Supportive Pshychoterapy - Second Edition*. Washington: American Psychiatric Association Publishing. Obtido de Books google: https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=IF_XDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=the+practice+of+supportive+psychother

apy&ots=sSWjRuv_fq&sig=QVHD1r5k3qTd8J2OxNaR8BdQK6M&redir_esc=y#v=onepage&q=the%20practice%20of%20supportive%20psychotherapy&f=false

- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (14 de Junho de 2018). Regulamento n.º 366/2018 - Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica. Diário da República, 2.ª série — N.º 113 , pp. 16656-16663.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 515/ 2018 - *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Diário da República, 2ª série-nº151-7 de agosto de 2018, 21427-21430.
- Organização Mundial de Saúde. (1946). *Constituição da Organização Mundial de Saúde*. Obtido em 06 de 02 de 2022, de Direitos Humanos: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/>
- Parekh, N., Shahb, S., McMaster, K., Speziale, A., Yun, L., Nguyen, D., . . . Kane, S. (2016). *Effects of caregiver burden on quality of life and coping strategies utilized by caregivers of adult patients with inflammatory bowel disease*. *Annals of Gastroenterology*, pp. 1-7.
- Patterson, & Eisenberg. (1988). *O processo de aconselhamento*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda.
- Pereira, A. (2008). *Comunicação de más notícias e a gestão de luto*. Coimbra: Formasau.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência.
- Presidência de Conselho de Ministros. (10 de Janeiro de 2022). *Decreto Regulamentar nº 1/2022*.
- Reeves, A. (2015). *Working with risk in counselling and psychotherapy*. London: Sage.
- Republica Portuguesa. (2019). *Sem mais tempo a perder- Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. Lisboa: Conselho Nacional de Saúde.

- Ribeiro, J., Silva, I., & Ferreira, T. (Abril de 2007). *Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale*. *Psychology Health and Medicine*, pp. 225-237.
- Rogers, C. (1997). *Tornar-se pessoa*. São paulo: Livraria Martins, Editora Ltda.
- Ruivo, M., Ferrito, C., & Nunes, L. (Janeiro- Março de 2010). *Metodologia de Projeto: Coletânea descritiva de etapas*. *Percursos*(15), pp. 1-38.
- Senra, C. (2012). *Qualidade de vida, satisfação sexual, morbidade psicológica e coping em mulheres com incontinência urinária*. Braga: Universidade do Minho.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saude Mental - Diagnósticos e Intervenções*. Lisboa: Lidel.
- Silva, I., Ribeiro, J., & Cardoso, H. (Janeiro de 2006). *Contributo para a adaptação da Hospital Anxiety And Depression Scale á população portuguesa com doença crónica*. Obtido de https://www.researchgate.net/publication/317934187_contributo_para_a_adaptacao_da_hospital_anxiety_and_depression_scale_a_populacao_portuguesa_com_doenca_cronica?enrichid=rgreq-c50385dc752618ef3bfa19dc5b5ab04b-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzMxNzkzNDE4NztB
- Silva, J. (2011). *Sintomatologia Psiquiátrica do Cuidador Informal*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Simas, P., Marinho, A., & Dias, T. (2015). *Cessação Tabágica e Ganho Ponderal - Linhas de Orientação*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Sklenarova, H., Krumpelmann, A., Haun, M., Friederich, H., Huber, J., Thomas, M., . . . Hartmann, M. (1 de Maio de 2015). *When Do We Need to Care About the Caregiver? Supportive Care Needs, Anxiety, and Depression Among Informal Caregivers of Patients With Cancer and Cancer Survivors*. *Cancer*, pp. 1513 - 1519.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saude Mental e Psiquiátrica - Conceitos de Cuidado Baseados na Evidência*. Loures: Lusociência.

- Vasconcelos, L. (2014). *Avaliação da eficácia da técnica de relaxamento muscular progressivo de jacobson na redução de fadiga em uma trabalhadora de enfermagem*. São Paulo: Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem.
- Veiga, S., & Vieira, C. (2018). *Início e desenvolvimento de uma relação de ajuda profissional*. Centro de Investigação e inovação em educação, pp. 62-75.
- Werman, D. (1992). *The practice of supportive psychotherapy*. New York: Brunner/Mazej.