



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E
PSIQUIÁTRICA

Relatório de Estágio

Apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

Marisa Bermudez Brito

LISBOA, Julho de 2010



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E
PSIQUIÁTRICA

Relatório de Estágio

Apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

Marisa Bermudez Brito
Sob orientação do Professor Paulo Rosário de Carvalho Seabra

LISBOA, Julho de 2010

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

Anónimo

AGRADECIMENTOS

A frequência do mestrado de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, cursado no Instituto de Ciências da Saúde pertencente à Universidade Católica, foi um marco no meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Durante este período foram muitos os momentos de aprendizagem e muitas as pessoas com quem pude partilhar conhecimentos e sentires. Quero agradecer ao Prof. Paulo Seabra, às Enf.^a Piedade D'Alva e Albertina Gonçalves e ao Enf. Francisco Cruz por toda a disponibilidade, orientações e saberes que me transmitiram.

Um agradecimento especial aos meus familiares e amigos por todo o apoio, carinho e amizade com que me brindaram neste percurso e a todas as pessoas que contribuíram directa ou indirectamente para a concretização deste trabalho.

RESUMO

Este relatório teve como objectivo a análise reflexiva das competências adquiridas e desenvolvidas durante a unidade curricular estágio, inserida no curso de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, servindo de documento de avaliação para a obtenção do título de mestre na referida área.

O estágio foi repartido em três módulos que abrangeram as áreas da promoção de estilos de vida, diagnóstico e prevenção, intervenção na crise do adulto e reabilitação psicossocial. Transversal ao percurso, foi a utilização de técnicas de relação de ajuda, reconhecendo que são a ferramenta por excelência em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica.

No módulo I integrei o Projecto “Noite Saudável” da Organização Não Governamental, Médicos do Mundo, uma organização de ajuda internacional. Pude prestar cuidados de saúde primários, à população utilizadora do projecto, maioritariamente pessoas sem-abrigo, compreendendo as suas vulnerabilidades específicas. Os resultados incluíram o estabelecimento de relações terapêuticas, sendo limitados pelas dificuldades específicas do trabalho com esta população, caracterizado por contactos esporádicos e muitas vezes únicos.

No módulo II estagiei na Urgência Psiquiátrica do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL), prestando cuidados a utentes e famílias em situação de crise. Neste contexto pude trabalhar entre vários conteúdos, o acolhimento do utente e a gestão do ambiente terapêutico, com ganhos evidentes na saúde dos indivíduos, já que desempenham um papel fundamental, afectando os processos cognitivos, emocionais e físicos dos indivíduos.

No módulo III pude integrar a equipa multidisciplinar do Hospital de Dia do CHPL, desenvolvendo actividades de acompanhamento terapêutico em grupo e treino de competências sociais, entre outras, contribuindo para a recuperação e reabilitação social dos utentes que frequentam o Hospital de Dia.

A conjugação entre os conhecimentos teóricos com a prática clínica e a reflexão sobre a mesma, permitiram a construção de uma identidade profissional como enfermeira especialista de saúde mental e psiquiátrica num processo dinâmico de aprendizagem.

Palavras-chave: enfermagem, psiquiatria, relação terapêutica, saúde mental.

ABSTRACT

The purpose of this report is the reflexive analysis of the skills acquired and developed during the clinical practice in mental health and psychiatry specialization course, serving as the document that will be object of evaluation for the attainment of masters' degree in the referred area.

The clinical practice period was divided in three areas, lifestyles promotion, diagnostic and prevention, adult crisis intervention and psychosocial rehabilitation. The use of therapeutic relationship techniques was transversal in this route, recognising that they are the excellence tool in mental health and psychiatry nursing.

In I module, I could integrate the "Healthy Night" Project, of the non-governmental organisation, Doctors of the World, an international aid organisation. I could give primary care to homeless people, knowing their specific vulnerabilities. The results included the establishment of therapeutic relationships and where limited by the specific difficulties of the work with this population, characterized with sporadic and single contacts.

In II module, I worked in the psychiatric emergency of de Lisbon Psychiatric Center (CHPL), giving care to individuals and families in crisis. I develop specific work in admission and managing the therapeutic environment, contributing to health gains, as they play a significant role in individual functioning, affecting cognitive, emotional and physical processes.

In module III, I could integrate the multidisciplinary team of CHPL, Day Hospital, developing therapeutic group activities and training of social skills, among others, promoting the recovery and social rehabilitation of the people who frequented day hospital.

The gathering between theoretical knowledge and a reflexive clinical practice, allowed the building of a professional identity as a specialized nurse in mental health and psychiatry in a dynamic learning process.

Key-words: nursing, psychiatry, therapeutic relationship, mental health.

SIGLAS

APDP – Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal

AVD – Actividades de Vida Diária

CHPL – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Enf. – Enfermeiro

Enf.^a – Enfermeira

HD – Hospital de Dia

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

Prof. – Professor

PSA – Pessoa sem-abrigo

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

VIH/SIDA – Vírus da Imunodeficiência Humana / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ÍNDICE

	PÁGINA
0. INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	12
1.1. A RELAÇÃO DE AJUDA	13
1.2. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	14
2. CONTEXTOS CLÍNICOS	17
2.1. MÓDULO I – “PROJECTO NOITE SAUDÁVEL” DOS MÉDICOS DO MUNDO	17
2.1.1. A Pessoa Sem-Abrigo	18
2.1.2. <i>A equipa do projecto</i>	20
2.1.3. <i>O utente</i>	21
2.1.4. <i>O formando</i>	27
2.2. MÓDULO II – URGÊNCIA DE PSIQUIATRIA	29
2.2.1. <i>A equipa de enfermagem</i>	30
2.2.2. <i>O utente e a família</i>	30
2.2.3. <i>O formando</i>	32
2.3. MÓDULO III – HOSPITAL DE DIA	34
2.3.1. <i>A equipa de saúde</i>	35
2.3.2. <i>O utente e a família</i>	36
2.3.3. <i>O formando</i>	39
3. CONCLUSÃO	40
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXOS	
ANEXO 1	FORMAÇÃO “ESTIGMA E DOENÇA MENTAL”
ANEXO 2	FORMAÇÃO “SÍNDROME DE ULISSÉS”
ANEXO 3	ACÇÃO DE FORMAÇÃO “MÉDICOS DO MUNDO”
ANEXO 4	FICHA DE UTILIZADOR
ANEXO 5	FICHA DE RECOLHA DIÁRIA DE VISITAS

- ANEXO 6 FOLHETO INFORMATIVO “DIABETES E TENSÃO ARTERIAL”**
- ANEXO 7 FOLHETO INFORMATIVO “ORIENTAÇÕES GERAIS”**
- ANEXO 8 FOLHETO INFORMATIVO “CUIDE DOS PÉS”**
- ANEXO 9 FOLHETO INFORMATIVO “VIGIAR A GLICÉMIA”**
- ANEXO 10 FOLHETO INFORMATIVO “GUIA PARA O CONTROLO DA TENSÃO ARTERIAL”**
- ANEXO 11 URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA**
- ANEXO 12 FOLHETO INFORMATIVO “DEPRESSÃO”**
- ANEXO 13 MECANISMOS DE DEFESA**
- ANEXO 14 REFLEXÃO “SÓ”**
- ANEXO 15 COMUNICAÇÃO “DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM MAIS FREQUENTES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA”**
- ANEXO 16 REGISTO DE INTERACÇÃO DE ALUNO**
- ANEXO 17 INSTRUMENTO DE ACOLHIMENTO/AVALIAÇÃO**
- ANEXO 18 FOLHA DE REGISTO “GESTÃO E CONTROLE DA TERAPÊUTICA”**
- ANEXO 19 SESSÃO DE RELAXAMENTO**
- ANEXO 20 SESSÃO “VIVER EM EQUILÍBRIO”**
- ANEXO 21 PÓSTER “EM EQUILÍBRIO NO HOSPITAL DE DIA”**
- ANEXO 22 ACÇÃO DE FORMAÇÃO “HOSPITAL DE DIA”**

ÍNDICE DE QUADROS

	PÁGINA
GRÁFICO 1 VISITA	22
GRÁFICO 2 SEXO	22
GRÁFICO 3 FAIXA ETÁRIA	23
GRÁFICO 4 NACIONALIDADE	23
GRÁFICO 5 HABITAÇÃO	24
GRÁFICO 6 APOIO PRESTADO	25

0. INTRODUÇÃO

A trabalhar em psiquiatria desde há 4 anos, reconheço a importância única do “estar em relação” com os utentes, sabendo que a formação contínua e a prática clínica vão consolidando as intervenções realizadas e contribuindo para a construção de uma identidade profissional. A necessidade de desenvolver e aprofundar competências levou-me a frequentar o mestrado de natureza profissional, na área de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, desenvolvido pela Universidade Católica Portuguesa através da Escola Superior Politécnica de Saúde. Era algo que “fazia sentido” neste percurso ainda recente e que culmina agora com a especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

No âmbito do curso supracitado é solicitada a elaboração do presente relatório, que tem como principal objectivo aprofundar, reflectir e relacionar os conhecimentos teóricos com as competências desenvolvidas ao longo dos vários módulos de estágio, em contexto de interacção com o indivíduo, família e comunidade.

Os enfermeiros que prestam cuidados na área da saúde mental e psiquiatria devem possuir os conhecimentos necessários para poderem estabelecer de forma efectiva relações terapêuticas. Aqui é inerente a capacidade necessária de auto-conhecimento e da consciência de si, a aquisição de conceitos teóricos na sua área de intervenção bem como na área da relação de ajuda. São ainda necessárias competências múltiplas nomeadamente de comunicação, de acompanhamento de determinados processos e de adopção dos princípios da relação de ajuda, de consciência ética bem como, das fronteiras e limites do papel profissional. Para tal, é fundamental, que a prática clínica seja uma prática reflexiva, onde os enfermeiros possam aplicar os conhecimentos que possuem, sendo capazes de reconhecer a fase em que se encontram na relação com o cliente. Isto relaciona-se com determinados conhecimentos científicos mas também com a necessária supervisão clínica.

Este relatório constitui o culminar das experiências clínicas realizadas em diferentes contextos da unidade curricular estágio. A escolha do local onde realizei os vários módulos constituiu um desafio pessoal e profissional: os sem-abrigo das ruas de Lisboa, os corredores atarefados de uma urgência psiquiátrica e um hospital de dia frequentado por jovens adultos.

Assim, o Módulo I - Promoção de estilos de vida, Diagnóstico e Prevenção - decorreu no período de 20 de Abril a 20 de Junho de 2009 no “Projecto Noite Saudável” da Organização Não Governamental, Médicos do Mundo. A escolha deste campo de estágio prendeu-se com o facto de neste projecto ser realizado um grande investimento a nível dos cuidados primários de saúde a populações vulneráveis como as pessoas sem-abrigo, imigrantes legais ou em situação irregular, toxicodependentes, profissionais do sexo, etc., sempre em horário nocturno, e querer desenvolver competências nesta área de trabalho. Contactei principalmente com

peças sem-abrigo (PSA), onde, das intervenções realizadas se destacam entre outras, o fornecimento de informação e esclarecimento de dúvidas, o aconselhamento e promoção de estilos de vida saudáveis e a promoção da esperança. Os resultados incluíram o estabelecimento de relações terapêuticas com a procura dos profissionais de saúde pelos utilizadores do projecto. Neste contexto, Bento *et al.* (2002, p. 198) afirmam que “o que parece predominar é a ausência de interiorização de uma relação afectiva segura, o que faz necessariamente com que a segurança permaneça absolutamente exterior e, portanto, constantemente ameaçada.” Assim, podemos encarar como positivos os resultados obtidos já que o trabalho com PSA pauta-se por contactos esporádicos e muitas vezes únicos.

O Módulo II - Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise do Adulto - decorreu no período de 28 de Setembro a 20 de Novembro de 2009 no Serviço de Urgência Psiquiátrica do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL) com instalações físicas no Serviço de Urgência Geral do Hospital Curry Cabral. Uma vez que trabalhava numa enfermaria de utentes em situação de crise aguda, senti que me fazia mais sentido estagiar num outro local, nomeadamente no serviço que é muitas vezes a “porta de entrada” nos serviços de saúde mental e psiquiatria, ou seja, a urgência de psiquiatria. Aqui poderia desenvolver competências específicas de intervenção no “aqui e agora” e compreender melhor a articulação entre a urgência e os restantes serviços do CHPL. Neste contexto pude realizar o acolhimento de utentes com a realização de entrevistas de avaliação inicial a utentes e famílias, bem como a gestão do ambiente terapêutico, fundamentais em situação de crise. A redução de medos e ansiedades e um melhor conhecimento do utente e família, foram alguns dos resultados obtidos, contribuindo para uma prestação de cuidados personalizada. Este estágio permitiu-me também compreender o potencial intrínseco ao momento de crise, encarando-a como uma oportunidade de transformação, de metamorfose e de possibilidade de equilíbrio e da relevância do papel de suporte do enfermeiro.

O Módulo III – Estágio Opcional - decorreu no período de 23 de Novembro de 2009 a 29 de Janeiro de 2010 no Hospital de Dia do CHPL. Esta unidade de internamento parcial tem sofrido várias alterações nos últimos dois anos, com modificações constantes na equipa e com uma redução significativa do número de enfermeiros. A escolha deste local de estágio foi a possibilidade de interacção os utentes, famílias e grupos, centrando-me na área da reabilitação psicossocial. De acordo com Fazenda

“o processo de reabilitação da perturbação mental implica duas vertentes, uma individual e outra social, visto que incide por um lado na recuperação e aprendizagem de competências pessoais e relacionais, por outro na criação de suportes sociais adequados aos níveis de autonomia ou dependência dos doentes.” (Fazenda, 2008, p. 91).

Neste âmbito pude realizar actividades de acompanhamento em grupo, actividades de relaxamento, bem como o treino de competências sociais com ganhos evidentes na saúde dos indivíduos que frequentam o hospital de dia.

O objectivo deste relatório é apresentar e co-relacionar as múltiplas actividades e competências desenvolvidas ao longo destas várias vivências clínicas e ao mesmo tempo contextualizá-las nas atribuições esperadas e propostas ao enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica.

Este relatório encontra-se estruturado em três partes, uma primeira em que são abordadas as competências do enfermeiro especialista suportada por um referencial teórico, na segunda parte são enumeradas as competências desenvolvidas nos diferentes módulos. A terceira parte é dedicada à conclusão onde são salientados os aspectos principais do estágio e da aprendizagem realizada.

A norma bibliográfica adoptada neste relatório é a Norma Portuguesa 405.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A construção de uma identidade profissional é um processo dinâmico, que permite o desenvolvimento permanente de competências que definem o que é “ser enfermeiro”. Neste processo, a formação, tanto inicial como contínua desempenha um papel fundamental, já que a intervenção do enfermeiro se fundamenta de acordo com um suporte teórico. Para Garrido *et al.*

“a formação, no seu contexto actual, não é um momento isolado na vida das pessoas. Situa-se face ao seu passado e ao seu presente, tendo em atenção o seu futuro e o seu projecto pessoal, que lhe confere sentido (...) a ênfase tem de ser posta na aquisição e desenvolvimento de novas competências, no desenvolvimento global da pessoa, para além da aquisição de determinados saberes específicos.” (Garrido *et al.*, 2008, p. 36).

Neste processo, aliam-se à formação, os valores pessoais, as motivações e crenças do enfermeiro, tornando a sua actuação única e especial, desenvolvendo um modo próprio de intervenção, o que vai de acordo ao que refere Hesbeen quando afirma que

“para ir ao encontro de um doente, para agir na sua situação e procurar identificar o mais finamente possível as componentes dessa situação que interagem, as enfermeiras e os enfermeiros vão ter de ir buscar a um vasto campo de conhecimentos os elementos, ou os ingredientes, que lhes vão permitir praticar a sua arte, criar cuidados. O vasto campo de conhecimentos inclui tanto elementos tirados da sua observação como dados científicos, teorias diversas ou modelos, bem como ensinamentos tirados das suas experiências pessoais anteriores, tanto profissionais como privadas.” (Hesbeen, 2000, p. 106).

O modo de intervenção não é resultado de um único modelo, mas sim, da conjugação de vários modelos, o que define capacidade de profissionalismo que segundo Hesbeen (2000, p. 106) “assenta nesta capacidade de estabelecer relações com uma multidão de elementos e de agir de maneira esclarecida, subtil e adaptada a cada situação de vida encontrada”. São inúmeras as teorias de cuidados desenvolvidas, algumas das quais se adequam melhor à saúde mental e psiquiatria. A evolução da enfermagem enquanto ciência levou ao desenvolvimento de uma linguagem específica, a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), que tem progressivamente vindo a ser adaptada ao contexto da saúde mental e psiquiátrica. A CIPE constitui

“uma classificação de fenómenos de enfermagem, acções e resultados, fornecendo uma terminologia para a prática de enfermagem que pretende ser uma matriz unificadora em que as taxonomias e classificações de enfermagem já existentes se possam entrecruzar de modo a permitir comparar dados de enfermagem.” (CIPE beta2, 2001, p.13).

A CIPE fundamentou a criação do aplicativo informático SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) e tem vindo a ser adaptada á área da saúde mental e psiquiatria. A CIPE possibilita ao enfermeiro a concepção de dois tipos de intervenções, intervenções interdependentes e intervenções autónomas, estas últimas da responsabilidade exclusiva dos enfermeiros, permitindo que enfermeiro avalie uma determinada pessoa ou grupo num contexto específico, observando um conjunto de dados, que lhe permitem ajuizar e atribuir um diagnóstico, prescrever intervenções em função desse diagnóstico e depois realizar a sua

avaliação. A utilização de diagnósticos e focos de enfermagem tem vindo a ocupar lugar, na prática diária de cuidados e permite de acordo com Sequeira

“a informatização dos cuidados, valoriza a prática, através dos diagnósticos, intervenções e resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, proporciona uma visibilidade de acordo com o contexto real da prestação de cuidados, facilita e promove a investigação (através da possibilidade de comparar dados entre doentes com problemas similares, inter-serviços, inter-instituições), entre outras vantagens do conhecimento dos enfermeiros.” (Sequeira, 2006, p. 16).

Esta classificação permite o desenvolvimento das ciências de enfermagem, valorizando e melhorando as práticas de cuidados.

1.1. A RELAÇÃO DE AJUDA

Uma das dimensões do cuidar em enfermagem é a relação de ajuda, que tal como refere Adam (1994, p. 91) “é intrínseca aos cuidados”. É reconhecido em enfermagem que a afirmação da competência profissional passa por uma prática de cuidar centrada na relação de ajuda.

Chalifour (2008, p. 33) define esta relação como “uma interacção particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda”. Esta interacção pressupõe um grande empenho por parte do enfermeiro já que

“é essencial que tenha elevados 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 maneiras as suas características pessoais influenciam a qualidade da relação e que utilização pode fazer de si-mesmo, para fins terapêuticos.” (Chalifour, 2008, p. 23).

Isto vai de encontro ao que refere Phaneuf (2005, p.323) quando afirma que “ a implantação alargada da relação de ajuda nos cuidados de enfermagem supõe uma mudança de perspectiva a nível da percepção da identidade e da própria enfermagem, sendo a enfermeira imbuída da importância do seu papel autónomo.” Ainda segundo esta autora, esta é uma relação com determinados objectivos, já que

“favorece a criação do clima de compreensão e o fornecimento de apoio de que a pessoa tem necessidade (...) permite à pessoa compreender melhor a sua situação, aceitá-la melhor e, conforme o caso, abrir-se à mudança e à evolução pessoal, e tomar-se a cargo para se tornar mais autónoma.” (Phaneuf, 2005, p. 324)

A relação de ajuda permite assim reconhecer o utente como detentor de um modo específico de actuação e interacção no seu ambiente, e ajudar a estruturar os meios que lhe permitam adquirir uma maior consciência de si mesmo acendendo aos seus recursos pessoais, que lhe permitirão fazer face às suas dificuldades. O utente assume assim um papel activo no processo terapêutico.

Com origem na psicologia humanista e desenvolvida por autores como Carl Rogers, a relação de ajuda, apresenta vários pressupostos teóricos, princípios e atitudes que o

enfermeiro deverá conhecer, desenvolvendo capacidades que contribuam para uma elevada competência neste domínio.

Chalifour desenvolveu um modelo geral de intervenção de relação de ajuda no cuidar em enfermagem, de acordo com uma perspectiva holística e humanista, onde se podem identificar três momentos-chave:

- § Fase de início da relação ou fase de orientação da relação – “tem início com o primeiro encontro e perdura até à definição da necessidade de ajuda.” (Chalifour, 2008, p. 124). Esta fase inclui:
 - § Favorecer a criação de um clima de confiança.
 - § Clarificar os papéis assumidos por cada um na relação.
 - § Acompanhar o cliente na expressão da sua necessidade de ajuda.
 - § Informar o cliente de recursos humanos e físicos à sua disposição.
 - § Esclarecer o cliente acerca das rotinas, políticas e regulamentos da instituição.

- § Fase de trabalho ou a emergência das identidades – “tem início quando o interveniente esclareceu a necessidade de ajuda e as expectativas do cliente e já o conhece suficientemente, de modo a seleccionar os meios que vai utilizar para responder à sua necessidade.” (Chalifour, 2008, p. 126).

- § Fase de conclusão – caracteriza o fim da relação e inclui os seguintes aspectos:
 - § Comunicar as suas impressões quanto à relação que se conclui.
 - § Assegurar a transição do cliente entre a sua situação actual e a situação futura.

Estando atento a estas etapas, o enfermeiro pode usar os seus conhecimentos, habilidades e atitudes para poder estabelecer uma relação verdadeiramente terapêutica, dando sentido à mesma, segundo as necessidades e dificuldades que o utente apresenta, centrando-se sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento ou a reabilitação.

1.2. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

A formação dos enfermeiros ao longo da vida é pertinente, no sentido do desenvolvimento de práticas especializadas, justificadas pela emergência de novas necessidades, pela complexificação dos contextos, pela evolução tecnológica, pelos avanços decorrentes da evidência e pela qualidade requerida nos cuidados de saúde. Para Mendes *et al.*

“o contacto com pessoas em sofrimento mental, com as necessidades das suas famílias e com o contexto social em que estas se inserem, assim como a necessidade de dar resposta às estratégias nacionais de promoção de saúde e prevenção da doença mental, impõem desafios

de formação e de intervenção particularmente relevantes para os enfermeiros que trabalham nesta área.” (Mendes *et al.*, 2002, p. 17)

Neste contexto, a formação contínua, nomeadamente a formação especializada em enfermagem permite o desenvolvimento de conhecimentos e competências fundamentais à prestação de cuidados. De acordo com Hesbeen

“a formação contínua deve proporcionar a aquisição de novos conhecimentos e o domínio de certas técnicas, mas a sua função essencial reside na maior abertura do profissional com base na sua experiência, com vista a enriquecê-la, a conceptualizá-la e a ajudá-lo a encontrar espaços de liberdade que lhe permitam uma prática reflectida mais aperfeiçoada e mais portadora de sentido.” (Hesbeen, 2001, p. 67).

A formação especializada em enfermagem permite, de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, a prestação de “cuidados que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades actuando, especificamente, junto do utente, indivíduo, família ou grupos em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui” (Ordem dos Enfermeiros, 1998). A Ordem dos Enfermeiros refere no documento “Desenvolvimento Profissional – Individualização das Especialidades em Enfermagem: Fundamentos e Proposta de Sistema” que

“o enfermeiro especialista é o profissional de Enfermagem que assume um entendimento sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente”. (Ordem dos Enfermeiros, 2007, p.14).

referindo ainda que na área específica da saúde mental e psiquiátrica, os enfermeiros especialistas devem apresentar competências

“dirigidas aos projectos de saúde da pessoa a vivenciar processos de saúde/doença mental com vista á promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida”. (Ordem dos Enfermeiros, 2007, p.19).

Neste contexto, o enfermeiro especialista deverá ser capaz de estabelecer prioridades em situações de urgência e também definir e utilizar indicadores que lhe permitam, assim como à equipa de enfermagem, avaliar, de uma forma sistemática, as mudanças verificadas na situação de saúde do utente (indivíduo, família, grupos e comunidade) e introduzir as medidas correctivas julgadas necessárias. Cabe-lhe participar na determinação da relação custos/benefícios, dos cuidados prestados, terá também que contribuir em conjunto com outros elementos da equipa multidisciplinar, na definição de necessidades de saúde para a comunidade, e deve sugerir a localização, instalações e equipamento, pessoal e organização de unidades prestadoras de cuidados, nomeadamente na implementação de planos terapêuticos, na área da sua especialidade.

A nível da formação o enfermeiro especialista deverá responsabilizar-se pela formação em serviço do pessoal de enfermagem e outro pessoal da unidade de cuidados, elaborando, em articulação com o enfermeiro-chefe, o respectivo plano anual de actividades. Deverá ainda colaborar de nos projectos formação e elaborar o relatório anual das actividades de formação em serviço e realizar ou participar em trabalhos de investigação em enfermagem, visando a melhoria dos cuidados de enfermagem.

O modelo de desenvolvimento profissional de especialização em enfermagem decorre no sentido da especialização de todos os enfermeiros, de modo a que os utentes sejam atendidos por profissionais reconhecidos pelo elevado nível dos cuidados prestados e preconiza que as especialidades de enfermagem se reportem à prática clínica, ou seja

“à área da prestação de cuidados, dirigidos à pessoa e família, num processo integrado de promoção, prevenção, tratamento, palição, reabilitação e reinserção, com a necessária referência à comunidade em que estão inseridos.” Em simultâneo, o reconhecimento para a atribuição de título profissional “será regulado pelo sistema de certificação de competências.” (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

A Ordem dos Enfermeiros prevê ainda que os enfermeiros especialistas devem possuir competências acrescidas, que são

“entendidas como aquelas competências que permitem responder de uma forma dinâmica a necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos. Estas competências serão certificadas ao longo do percurso profissional especializado, não conferente de título, em domínios da disciplina de Enfermagem e disciplinas relacionadas.” (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Neste contexto e de modo a imprimir a qualidade essencial à prestação de cuidados, penso que se torna óbvia a necessária supervisão clínica, já que de acordo com Guy le Boterf citado por Hesbeen

“a formação não produz competências, produz aquisição de informação, de capacidades, de conhecimentos que, posteriormente se transformarão em competências. Se se desejar pôr em marcha um processo de produção de competências, é necessário conseguir controlar a qualidade das acções posteriores à formação propriamente dita, é necessário que confirmemos as competências.” (Hesbeen, 2001, p. 73).

Fundamental neste processo de aquisição e desenvolvimento de competências é a capacidade de se indignar, desenvolvendo uma atitude de questionamento constante das práticas, de conforto de ideias e de debate. Tal como refere Garrido *et al.* (2008, p. 52) “reflectir a prática e produzir saber constituem um modo de estar na profissão”, de forma a poder desenvolver competências que permitam a prestação de cuidados de excelência, em contextos de complexidade crescente e de mudança.

2. UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO – CONTEXTOS CLÍNICOS

O curso de mestrado de natureza profissional, na área de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, desenvolvido pela Universidade Católica Portuguesa através da Escola Superior Politécnica de Saúde, compreende após um primeiro período de formação teórica, um período de estágio a realizar em serviços de enfermagem e unidades de saúde que apresentem protocolos com a universidade.

Esta unidade curricular com a duração de 750 horas, das quais 540 são de contacto directo (180 horas por módulo), teve a orientação do Prof. Paulo Seabra e de enfermeiros especialistas na área da saúde mental e psiquiatria dos serviços onde o estágio decorreu.

Pretendendo o desenvolvimento de competências, o estágio integrou três módulos: módulo I - Promoção de estilos de vida, Diagnóstico e Prevenção, módulo II - Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise do Adulto e finalmente o módulo III – Estágio Opcional. São em seguida apresentados os vários contextos de ensino clínico e descritas as actividades desenvolvidas nos mesmos, de acordo com objectivos delineados para cada um. São apresentados de acordo com a ordem cronológica pela qual foram desenvolvidos na prática, a saber: Módulo I, II e III.

2.1. MÓDULO I – “PROJECTO NOITE SAUDÁVEL” DOS MÉDICOS DO MUNDO

Os Médicos do Mundo são uma Organização Não Governamental de ajuda humanitária e cooperação para o desenvolvimento, sem filiação partidária ou religiosa. O trabalho que desenvolvem, assenta no direito fundamental de todos os seres humanos terem acesso a cuidados de saúde, através do lema *“Lutamos contra todas as doenças, até mesmo a injustiça...”*.

Originários em França, foi em 1999 que foi criada a delegação portuguesa dos Médicos do Mundo que actualmente desenvolve projectos em Lisboa e no Porto. Na delegação de Lisboa, foi criado em 2001 o “Projecto Noite Saudável” com o objectivo da prestação de cuidados primários de saúde à população de rua, onde se incluem as PSA, os imigrantes legais ou indocumentados, os profissionais do sexo, entre outros.

Para poder desenvolver um trabalho de qualidade neste projecto senti a necessidade de conhecer e compreender o fenómeno e a problemática da população sem-abrigo, pelo que desenvolvi uma pesquisa bibliográfica sobre o tema. Exponho em seguida alguns conceitos que penso serem pertinentes abordar neste contexto, e depois apresento e co-relaciono os objectivos com as actividades e competências desenvolvidas, dividindo a análise deste módulo em três áreas distintas: a equipa do projecto, o utente e o formando.

2.1.1. A PESSOA SEM-ABRIGO

O fenómeno da exclusão social não é um fenómeno recente. Contudo, o seu enquadramento tem vindo, ao longo dos tempos, a tomar contornos específicos e característicos de cada época e da conjuntura político-social. Todos, num dado momento das nossas vidas, nos sentimos por um ou por outro motivo, vítimas de exclusão. Existem, no entanto, indivíduos que diariamente sentem as mais variadas formas de exclusão social. Por exclusão social pode entender-se um processo de sucessivas rupturas com os vários sistemas sociais básicos: o social, o económico, o institucional, o territorial e o das referências simbólicas.

A definição de PSA tem sido abordada por vários autores e abrange um espectro de situações que têm em comum a exclusão social e a falta de recursos para aceder a um alojamento adequado. De acordo com a Estratégia Nacional Para a Integração das Pessoas Sem Abrigo 2009-2015, considera-se PSA

“aquela que, independentemente da sua nacionalidade, idade, sexo, condição sócio-económica e condição de saúde física e mental, se encontre: sem tecto – vivendo no espaço público, alojada em abrigo de emergência ou com paradeiro em local precário; sem casa – encontrando-se em alojamento temporário destinado para o efeito.” (ENPSA, 2009, p. 16).

De acordo com Bento *et al.* nesta condição estão incluídas várias situações:

“aqueles que vivem na rua; aqueles que ocupam, legal ou ilegalmente, casas abandonadas, barracas, etc; aqueles que se encontram alojados em refúgios ou centro de acolhimento para sem-abrigo, quer do sector público quer do privado; aqueles que vivem em pensões, camaratas ou outros refúgios privados; aqueles que vivem com amigos ou familiares, com os quais podem ver-se forçados a coabitar; aqueles que residem em instituições, estabelecimentos de cuidados infantis, hospitais, prisões e hospitais psiquiátricos, e que não têm domicílio ao sair destas instituições; aqueles que possuem uma casa que não se pode considerar adequada ou socialmente aceitável, convertendo-se por isso em pessoas ou famílias mal alojadas.” (Bento *et al.*, 2002, p. 26).

Pereirinha (2005) identifica dois tipos de sem-abrigo: os sem-abrigo crónicos, com muitos anos de rua, há muito despojados de regras e de sonhos, onde a doença (física e mental) e a degradação física imperam. Ainda que se conclua que a grande maioria dos sem-abrigo recorra aos serviços públicos de saúde (hospitais ou centros de saúde) existem ainda situações de indivíduos, em grande debilidade física e mental, por vezes, até mesmo em estados terminais, a viverem na rua e sem quaisquer mecanismos de assistência médica; e os novos sem-abrigo, pessoas que se encontram há pouco tempo na rua por múltiplas perdas (profissionais, familiares, individuais), que necessitam de um mecanismo de mediação, que lhes permita reconstruírem o seu projecto de vida.

O número de PSA em Portugal, é difícil de contabilizar já que muitos indivíduos são considerados “invisíveis” uma vez que “os sem-abrigo são mais facilmente quantificáveis quando entram em contacto com os serviços, pelo que os números de sem-abrigo apontados num determinado país tendem a depender do nível de provisão de serviços para esta população.” (Bento *et al.*, 2002, p. 30).

Foi constituído o perfil das PSA de Lisboa que foi definido por Bento *et al.* como composto por “maioritariamente homens, de meia-idade com instrução superior à escolaridade mínima, solteiros, sem filhos, com muitos anos de vida de rua e com elevadas taxas de alcoolismo e doenças psiquiátricas.” (Bento *et al.*, 2002, p. 223). Os mesmos autores referem ainda que

“estudos psiquiátricos sobre a população sem-abrigo revelaram a existência de altos níveis de doença mental (nomeadamente psicoses) doenças psiquiátricas, o alcoolismo e a toxicodependência estavam presentes, isoladamente ou em associação, na grande maioria dos sem-abrigo, sendo possível fazer um diagnóstico psiquiátrico em cerca de 90% dos casos.” (Bento *et al.*, 2002, p. 223).

Estes números justificam por si só a pertinência da inclusão de técnicos de saúde mental na prestação de cuidados às PSA. Actualmente, estes cuidados são sobretudo prestados pelas equipas de rua, que surgiram em Portugal na década de 90, altura em que começaram a ser criados equipamentos e projectos especificamente destinados à população sem-abrigo. Presentemente na cidade de Lisboa para além de instituições privadas como os Médicos do Mundo, a AMI – Porta Amiga, a Comunidade Vida e Paz, o Exército de Salvação, entre outros também a própria Câmara Municipal dispõe de um programa de apoio às PSA.

Bento *et al.* (2002, p. 237) referem que “os doentes sem-abrigo acorrem pouco aos serviços ou têm relações difíceis com estes”, assim, as equipas de rua constituem a maneira mais adequada de chegar até aos doentes que vivem na rua. Estas equipas devem ser multidisciplinares para que as múltiplas necessidades das PSA possam ser contempladas. A este propósito Bento *et al.* referem que

“o trabalho de rua é talvez o mais importante, o mais intenso e o de maior risco. O que fazer quando um doente esquizofrénico dorme ao frio junto de um contentor de lixo e recusa ajuda? Ou quando somos fisicamente ameaçados? Ou quando alguém nos diz que quer morrer na rua? E se nos oferecem um caroço de azeitona, uma banana ou uma garrafa de vinho? E se nos pedem desesperadamente ajuda? Estes exemplos mostram que é impossível nada fazer e que a partir daqui tudo é possível.” (Bento *et al.*, 2002, p. 206).

A ENPSA refere a necessidade das equipas apresentarem especificidade ao nível da saúde mental com “equipas de saúde mental que permitam a intervenção mais adequada no tempo ajustado e a articulação privilegiada com o hospital ou a respostas de alojamento específicas.” (ENPSA, 2009, p. 56).

A realidade das PSA é heterogénea e é reconhecida a deficiente resposta ao problema, resultante em parte da falta de articulação entre intervenções existentes. Verifica-se também a necessidade de consensualizar um tipo resposta que potencie os recursos existentes, quer públicos como privados, evitando a duplicação e sobreposição dos esforços e possíveis efeitos perversos, nomeadamente de manutenção e persistência do fenómeno.

2.1.2. A EQUIPA DO PROJECTO

Este projecto “Noite Saudável” é financiado pelo Instituto de Segurança Social e conta com o apoio da Coordenação Nacional para a Infecção do VIH/SIDA. O trabalho é desenvolvido com recurso a uma unidade móvel que, em horário nocturno, se desloca a locais da cidade de Lisboa, tais como jardins públicos e praças, onde existe uma grande afluência de PSA. Desde 2006, que existe neste projecto uma valência composta por uma equipa móvel que se desloca a pé, uma vez por semana. O projecto é coordenado por uma psicóloga clínica e conta com uma enfermeira, uma assistente social, um motorista (também tradutor da língua russa e ucraniana) e com o apoio pontual de voluntários nomeadamente de uma médica à segunda-feira. É uma equipa dinâmica e motivada para o trabalho com as PSA e não foi difícil interagir e integrar-me na equipa.

Este estágio foi orientado pela Enf.^a Piedade D’Alva e os objectivos delineados para o mesmo foram:

- § Integrar a equipa, conhecendo as suas dinâmicas e inserindo-me nas suas múltiplas actividades;
- § Promover nas interações, o estilo de vida das pessoas utilizadoras do projecto, orientando e promovendo alternativas mais saudáveis;
- § Apoiar na resolução de problemas de saúde, informando e esclarecendo dúvidas;
- § Promover encaminhamentos vários;
- § Promover a responsabilização pela sua saúde, estabelecendo uma relação de confiança;
- § Caracterizar a população-alvo da intervenção;
- § Promover acções de formação com a equipa.

Estes objectivos foram atingidos ao longo desta experiência clínica.

Tive a oportunidade de participar em várias reuniões de equipa, onde pude participar de forma pontual. Estas reuniões realizadas à segunda-feira constituíam um espaço de partilha e de reflexão conjunta sobre as actividades desenvolvidas na semana anterior e onde era organizado o trabalho a desenvolver durante a semana que se iniciava.

Um dos objectivos que havia delineado era a realização de uma formação aos voluntários do projecto sobre o estigma e os mitos associados às doenças mentais. Apesar da coordenadora do projecto ter considerado a proposta interessante referiu que tal formação seria dificilmente concretizável, já que por experiência própria sabia que era difícil reunir os voluntários. Assim, optei por realizar junto da equipa, formação em contornos informais sobre o estigma associado às doenças mentais e sobre o Síndrome de Ulisses (Anexos 1 e 2) já que caminhando junto da equipa identifiquei necessidades de formação desses conteúdos. Verifiquei que a equipa ficou mais desperta e sensibilizada para esta problemática,

desconstruindo alguns preconceitos e mitos associados à doença mental e psiquiátrica, revelado pela atitude empática que demonstraram posteriormente nas várias interacções.

Apercebi-me ainda da necessidade de informação na área da saúde mental e psiquiatria, pelo que elaborei um dossier contendo documentos relevantes neste contexto nomeadamente: o Plano Nacional Para a Saúde Mental, a Lei de Saúde Mental e os folhetos informativos “Saúde Mental Reabilitação e Cidadania” e “Diferenças Significativas entre Deficiência e Saúde Mental” ambos elaborados pelo Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. Penso que é inquestionável a necessidade desta equipa possuir um técnico na área da saúde mental e psiquiátrica, e um enfermeiro especialista nesta área parece-me ser o técnico mais adequado, já que possui múltiplas competências, como o diagnóstico de sinais e sintomas, as habilidades de comunicação verbal e não verbal, o reconhecimento de mensagens conceptuais e afectivas, entre outras, podendo colmatar as necessidades físicas e mentais das PSA.

Pude ainda em colaboração com a colega Sofia Sousa que estagiou posteriormente neste mesmo contexto elaborar uma acção de formação (Anexo 3) em contexto de trabalho para os colegas da Clínica Psiquiátrica VI – Unidade de Sintra e Beja do CHPL, já que ambas trabalhávamos nessa unidade. Pareceu-nos pertinente a divulgação dos Médicos do Mundo e do “Projecto Noite Saudável” no sentido de dar a conhecer as actividades desenvolvidas pelo mesmo junto dos colegas, que apreciaram bastante a mesma.

2.1.3. O UTENTE

Decorrendo do objectivo de caracterizar a população, apresento em seguida o perfil dos utentes utilizadores do projecto. Assim, durante este módulo de estágio pude realizar um total de 729 atendimentos de enfermagem, que descrevo mais adiante. O atendimento englobava o preenchimento da Ficha de Utilizador (Anexo 4) e no fim do mesmo da Ficha de Recolha Diária de Visitas (Anexo 5) e podia englobar ainda o apoio médico, psico-afectivo e social. Com base nos dados fornecidos por esta última pude caracterizar os utilizadores do projecto durante o meu período de estágio. Assim, foram realizados 729 atendimentos, dos quais 79% das pessoas (Gráfico 1) já haviam recorrido pelo menos uma vez ao apoio prestado pelo “Projecto Noite Saudável”.

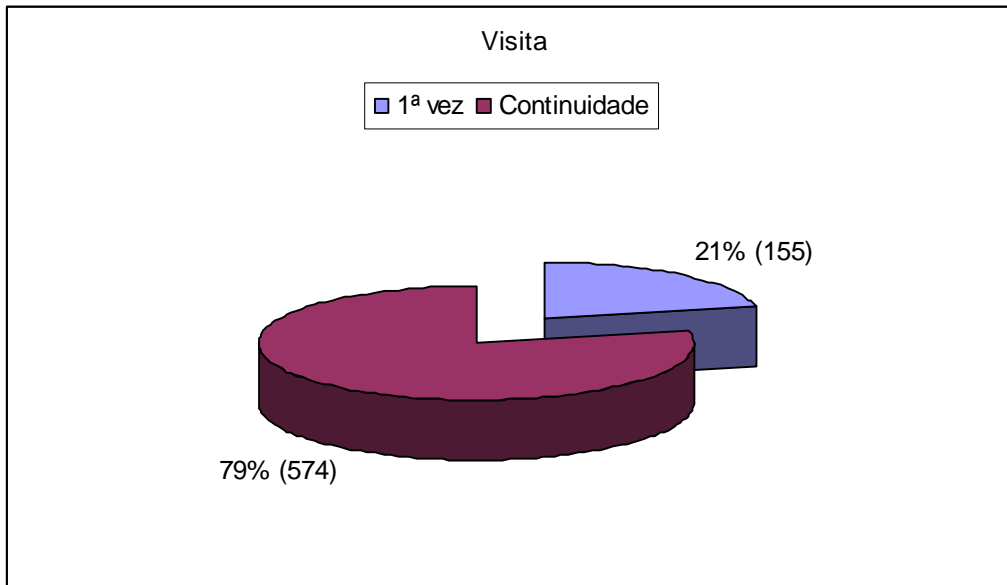


Gráfico 1 – Visita

São pessoas que geralmente já conhecem a o projecto e sabem que ali podem obter algum apoio quer em termos de cuidados de saúde quer em termos sociais. A maioria das pessoas era do sexo masculino como se pode observar no gráfico 2.

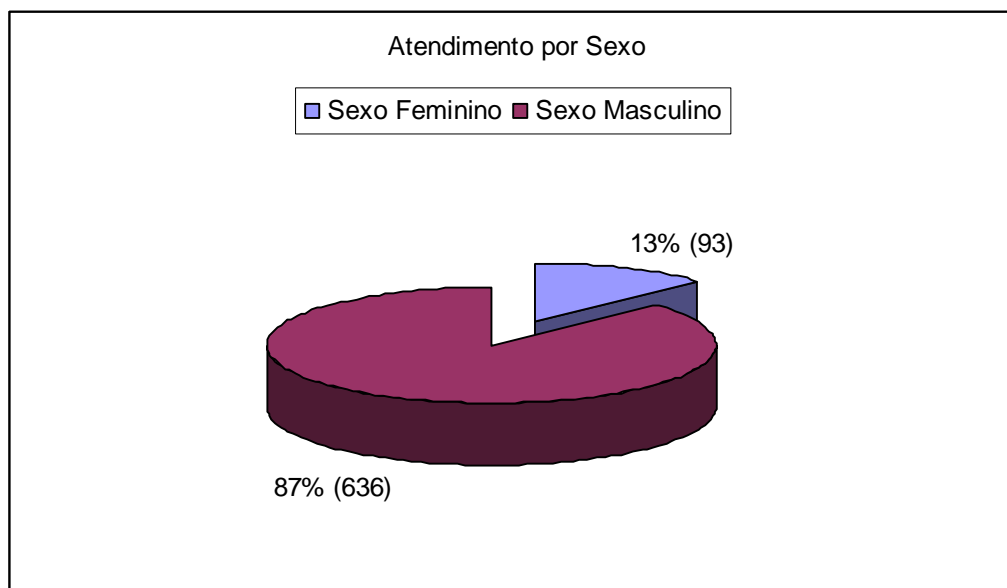


Gráfico 2 – Sexo

A faixa etária dos 30 aos 50 anos (Gráfico 3), foi a que mais ocorreu à unidade móvel, no entanto e segundo os colaboradores do projecto tem havido uma procura cada vez maior por parte de pessoas mais jovens.

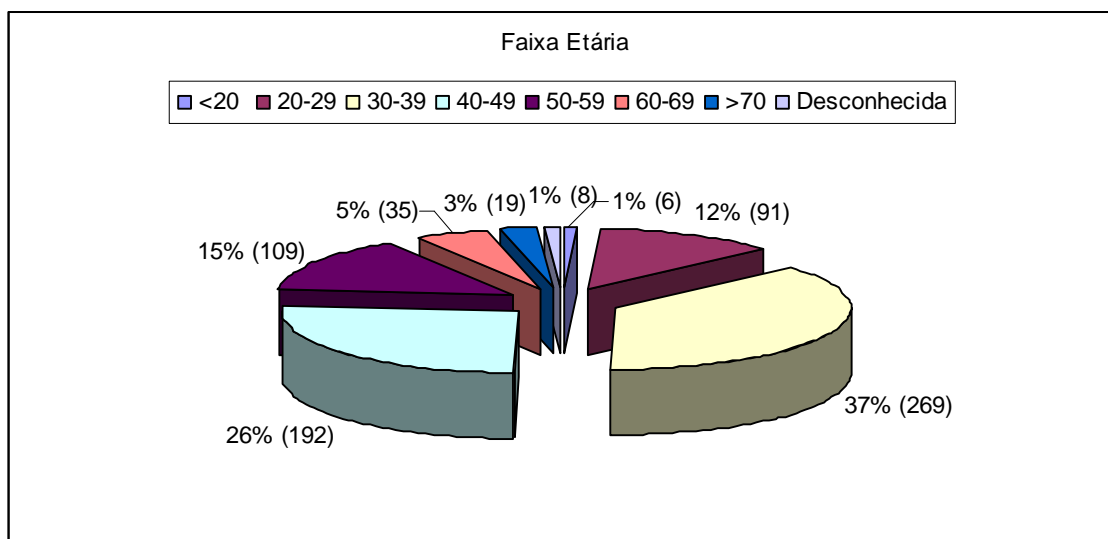


Gráfico 3 – Faixa etária

As pessoas de nacionalidade portuguesa (Gráfico 4) são as que mais recorrem ao projecto, mas também as dos PALOP (Angola, Guiné-Bissau, Cabo Verde, São Tomé e Príncipe) e do Brasil verificando-se ainda um aumento do número de pessoas dos países de Leste como a Ucrânia ou a Rússia segundo as estatísticas do projecto.

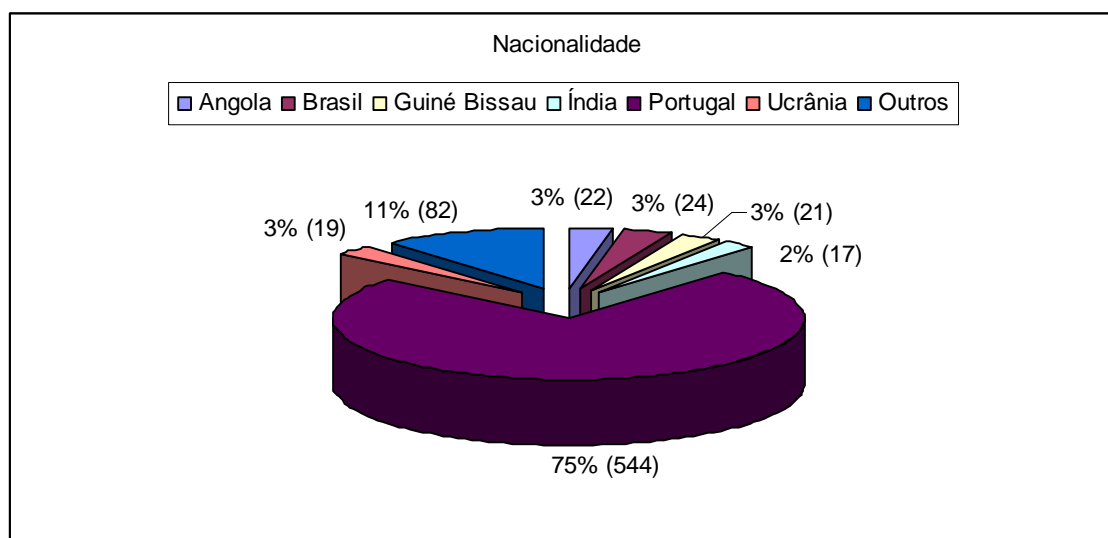


Gráfico 4 – Nacionalidade

Relativamente à habitação (Gráfico 5) a maioria dos utentes possuía residência permanente, muitas vezes partilhada com pessoas da família ou outras, no entanto 28% das pessoas viviam na rua.

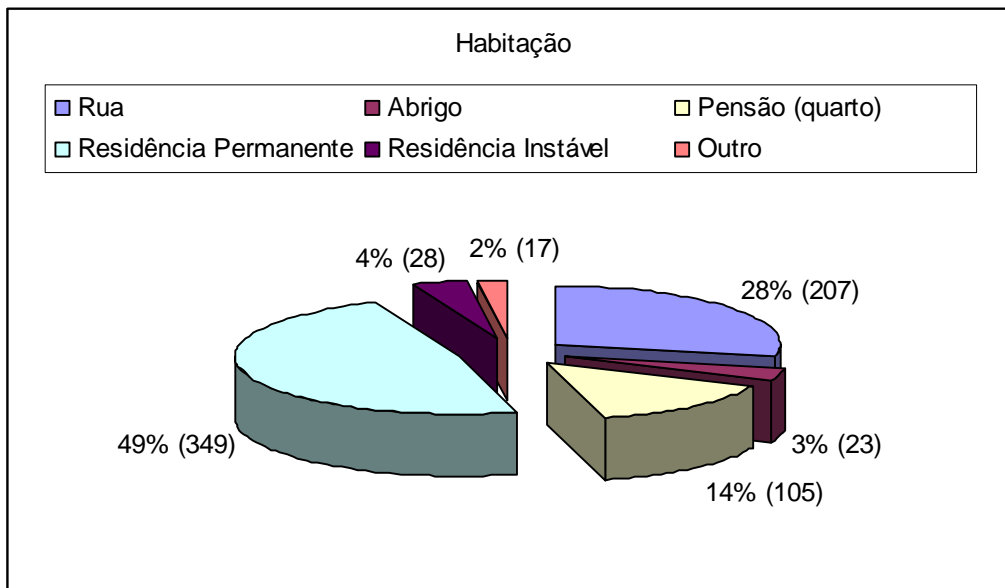


Gráfico 5 – Habitação

De salientar que apesar de alguns dos utilizadores possuírem habitação permanente, acabam por passar o dia na rua, houve até um utente que referia *“tenho casa, mas só lá vou dormir pois os meus amigos estão todos na rua”* (sic). As vivências são de tal modo disruptivas que alguns utentes acabam por encarar a rua como segura, o que contraria o que referem Bento *et al.*, ao afirmarem que

“a rua dificilmente constitui um lugar seguro para onde se retirar para lidar com emoções assustadoras. Viver na rua é vivenciado como descer ao degrau mais baixo da sociedade, uma condição estigmatizante, que acentua o sentimento de desvalorização e de rejeição. Implica uma descida na escala social e a perda de papéis sociais que definem a identidade, que é construída por relações de trabalho, de vizinhança, amizade, familiares e outras.” (Bento *et al.*, 2002, p. 96)

Neste novo meio, a rua, a pessoa encontra um novo papel e à medida do tempo, o indivíduo vai construindo uma nova identidade, a partir da experiência de rua, e vai recriando estratégias de sobrevivência num meio agreste e adverso à mudança.

Em relação ao apoio prestado este foi maioritariamente de enfermagem (Gráfico 6), de salientar que em muitos atendimentos os utentes receberam também apoio médico e social.

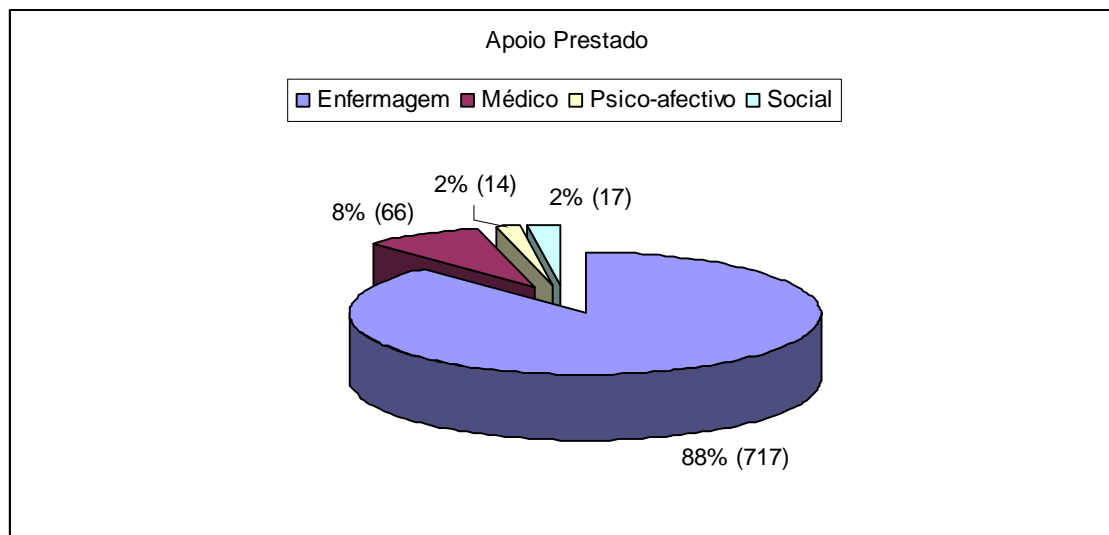


Gráfico 6 – Apoio prestado

O apoio de enfermagem englobava a prestação de cuidados primários, com a avaliação de parâmetros vitais, a realização de pensos, a informação, orientação e apoio na resolução de problemas de saúde bem como o fornecimento pontual de medicamentos. Incluía ainda a promoção de estilos de vida saudáveis através da informação e entrega de folhetos informativos, distribuição de preservativos e através do Programa Nacional de Troca de Seringas que incluía a distribuição de *kits* “Prevenção Sida”. Finalmente também pude realizar o encaminhamento de utentes para cuidados de saúde mais específicos nomeadamente para o Hospital de São José, para Centros de Saúde e para o Centro de Aconselhamento de Detecção Precoce do VIH/SIDA da Lapa.

Conhecendo de antemão as vulnerabilidades desta população, foquei-me nas ansiedades e preocupações imediatas dos utentes (“*uma dor de dentes*” (sic); “*arranjar um sabonete e um pente*” (sic)), transmitindo uma preocupação autêntica e genuína pelas suas necessidades. Trabalhei no sentido de estabelecer uma relação de confiança com os utentes fundamental neste contexto. Segundo Bento *et al.* “o primeiro objectivo dever ser o estabelecimento de uma relação pessoal e de confiança com a pessoa sem-abrigo. Este é o primeiro e fundamental lanço de escada que pode permitir que outros degraus possam ser percorridos.” (Bento *et al.* 2002, p. 111).

Sabendo que as PSA têm dificuldade na relação com os outros, desenvolvi esforços no sentido do estabelecimento e construção de relações terapêuticas já que

“construir e aumentar a teia relacional dos sem-abrigo é um objectivo prioritário. É preciso valorizar e fomentar todas as possibilidades: a família, o grupo, o amigo, o colega, o senhorio, ou mesmo o técnico, podem ser elementos determinantes na construção de uma rede de suporte.” (Bento *et al.* 2002, p. 111).

Fundamental é também disponibilizar a nossa presença, permitindo ao outro falar das suas ansiedades e receios, quebrando a solidão, apoiando emocionalmente e construindo e reforçando laços. O enfermeiro de saúde mental e psiquiatria tem aqui um papel fundamental e onde de acordo com Benner

“guia e serve de mediador para ajudar as pessoas num estado de grande confusão a encontrarem um caminho em direcção a um mundo mais normal e menos deformado (...) Ao tentar ajudar as pessoas a mudar, a enfermeira age como um mediador psicológico e cultural; utiliza objectivos com um fim terapêutico; esforça-se por estabelecer e manter um ambiente terapêutico.” (Benner, 2005, p.83)

Neste contexto é pertinente a promoção da esperança já que de acordo com Chalifour “a esperança não é simplesmente necessária para que o cliente prossiga a sua terapia – e, por esta via, para que outros factores terapêuticos sejam eficazes – mas pode ter em si própria efeitos terapêuticos.” (Chalifour, 2008, p. 211). Assim a informação e orientação bem como o reforço das expectativas positivas contribuiu para a promoção da esperança com visíveis ganhos na saúde mental dos utentes.

Trabalhei o estigma associado às doenças mentais e psiquiátricas. A este propósito Katz *et al.* referidos por Bento *et al.* referem que

“o sem-abrigo com doença mental, poderá aceitar apenas com muita relutância que tem uma doença (é mais aceitável ser sem-abrigo do que doente mental) e a medicação e o alojamento pode não ser o suficiente. É necessário também um meio ambiente terapêutico que ofereça experiências de socialização positivas não muito stressantes nem exigentes.” (Bento *et al.*, 2002, p. 82).

Assim, pude informar e esclarecer os utentes neste contexto, quer a nível de sintomatologia quer a nível de terapêutica e encaminhamento, reduzindo ansiedades e receios. Para além da prestação de cuidados primários de saúde, apostei no aconselhamento individual, nestes casos com algumas considerações especiais pois não podemos por exemplo dizer a uma pessoa para ir ao dentista se nem dinheiro tem para se alimentar.

Para além das patologias psiquiátricas como a depressão, esquizofrenia, alcoolismo ou toxicodependência, as PSA são muitas vezes acometidas de patologias físicas crónicas como a hipertensão arterial, a diabetes, etc. Após a primeira semana de estágio, verifiquei que eram muitos os utentes que pediam informações e orientações sobre cuidados. Assim, dirigi-me à Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP), à Direcção Geral de Saúde e à Fundação Portuguesa de Cardiologia para obter documentação. Pude recolher vários folhetos informativos (Anexos 6, 7, 8, 9 e 10) que passaram a ser entregues aos utentes, alguns posters (que foram colocados na unidade móvel) e também uma publicação intitulada “Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal” que ofereci á biblioteca dos Médicos do Mundo. A APDP mostrou-se ainda disponível para fornecer aparelhos para avaliação da glicemia e tensão arterial, facto que comuniquei à coordenadora do projecto, que ficou de posteriormente entrar em contacto com a APDP.

Muito há a fazer no contexto da saúde mental nos cuidados primários. O Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM, 2007, p. 30) refere a “necessidade de assegurar cuidados específicos de saúde mental a alguns grupos especialmente vulneráveis”, entre os quais se incluem as PSA, salientando a necessidade de desenvolver programas de saúde mental específicos para esta população. Segundo Bento *et al.* as PSA

“necessitam, afinal de uma estrutura de cuidados abrangentes e coordenados, que não se limite a prestar apoio temporário às necessidades básicas, mas que procure um enquadramento estável, seguro e personalizado, que possa constituir uma alternativa à transitoriedade e impermanência do seu mundo.” (Bento *et al.*, 2002, p. 248).

Devido às características das PSA e devido aos contactos esporádicos e muitas vezes únicos que têm com os profissionais de saúde, é ao caminhar com pequenos passos que se podem esperar resultados. Estes pequenos passos podem traduzir-se em meses e até anos. Os resultados obtidos durante este estágio foram subtis, e incluíram o estabelecimento de relações sociais, como a procura dos técnicos e pequenas mudanças na higiene e apresentação. No entanto como refere Hesbeen

“é sem dúvida alguma, a partir da valorização da utilidade social de todas essas «pequenas coisas» que constituem os cuidados de enfermagem e as qualidades profissionais exigidas para lhes dar vida e sentido que a enfermagem poderá esclarecer e firmar a sua identidade provando, graças às raízes sólidas e fecundas que constituem essas «pequenas coisas», o seu contributo essencial para a saúde dos indivíduos.” (Hesbeen, 2000, p. 47).

Trabalhar com esta população exige profissionais dedicados e recursos que funcionem na sua realidade, já que existem várias barreiras no acesso aos cuidados de saúde: como as burocracias, a a deficiente acessibilidade, os recursos limitados, a frustração e a ansiedade. Os Médicos do Mundo, através do “Projecto Noite Saudável” desempenham um papel pertinente, estabelecendo um elo entre as PSA e os serviços de saúde. Neste contexto o enfermeiro de saúde mental e psiquiátrica é sem dúvida um elemento fundamental, prestando cuidados de saúde, fazendo o encaminhamento e seguimento possível e trabalhando no sentido da promoção de estilos de vida saudáveis, indo ao encontro das necessidades das PSA no seu contexto real.

2.1.4. O FORMANDO

Esta constitui-se uma experiência única em termos profissionais e pessoais. Os percursos das PSA revelam um acumular de vulnerabilidades específicas como a instabilidade habitacional, o emprego precário, a ausência de protecção social, a falta de acesso à habitação e aos cuidados de saúde entre outras. O “Projecto Noite Saudável” constitui um apoio fundamental para as PSA num contexto onde as respostas existentes são insuficientes, sobretudo ao nível do apoio da saúde nomeadamente, a nível da saúde mental e psiquiatria, área que neste contexto adquire uma atenção particular.

Foi visível no trabalho com as PSA, que é necessário limitar os objectivos, avançando com pequenos passos e tentando sempre que os utentes tenham um motivo para vir de novo ao nosso encontro. Assim é necessário ser paciente, sendo flexível com atrasos e faltas, sabendo que por outro lado, pode ser necessário estar disponível durante muito mais tempo do que seria habitual para outra pessoa com a mesma patologia. A este respeito Bento *et al.* referem que

“a necessidade de relação pode revelar-se uma motivação autónoma por parte dos sem-abrigo. Ele pode falar com a Equipa de Rua durante meses ou anos, na rua, sem que queira aceitar um apoio concreto da instituição que ela representa. Nestes casos, é preciso respeitar os seus ritmos e timings, sem desistir. Pode-se descobrir um dia o quanto ele valoriza aquela relação, como considera importantes aqueles momentos e como os técnicos fazem parte do seu círculo íntimo de relações.” (Bento *et al.*, 2002, p. 111).

De igual modo é preciso ter a consciência do contexto em que trabalhamos e fazer propostas terapêuticas viáveis, já que muitas destas pessoas não possuem recursos económicos ou outros para obter medicação ou ir a uma consulta por exemplo.

Pude desenvolver competências relativas à comunicação, num ambiente onde se pratica uma enfermagem transcultural, com as especificidades inerentes a cada pessoa, a cada cultura. É um ambiente multicultural, num momento estamos a falar português, noutra inglês e noutra a tentar perceber crioulo, por outro lado temos de lidar com utentes alcoolizados, com pessoas com pouca tolerância à frustração e que não querem esperar pela sua vez. Assim, aos profissionais que trabalham PSA exige-se formas de estar e acompanhar diferenciadas, é um trabalho que se caracteriza pela imprevisibilidade.

Pela experiência e reflexão conjunta com os técnicos do projecto verifica-se que o trabalho com estas pessoas é difícil, já que implica muitas vezes trabalhar com escassos recursos e onde os sucessos são limitados. Perceber o que as pessoas necessitam, o querem fazer e dar-lhes o direito de escolher, não impondo soluções, é um trabalho difícil e demorado.

Uma questão que me causou “algum prurido” durante foi a enorme dificuldade e resistência quando se tenta promover um internamento compulsivo de uma PSA. A este respeito Bento *et al.* referem que

“se um doente já nem sabe o seu nome, quem toma a decisão de o levar a um serviço de saúde mental? Quem executa? Quem recebe e trata o doente? Como planear a alta e um programa de reabilitação? Estas questões, tantas vezes sem resposta, acabam por ser mais decisivas do que o tratamento propriamente dito, que não suscita geralmente grandes dúvidas ou questões técnicas.” (Bento *et al.*, 2002, p. 71).

Durante este estágio sensibilizou-me particularmente a situação de uma jovem mulher sem-abrigo que apresentava sintomatologia psiquiátrica evidente e que já não se alimentava há alguns dias, apresentando por isso risco da sua integridade física. Apesar da equipa ter tentado uma aproximação com a utente, esta recusou. Que fazer nestes casos? Não podemos ficar indiferentes. Esta questão foi alvo de partilha com a equipa que expressou a impotência sentida perante este e outros casos onde é evidente a necessidade de internamento.

2.2. MÓDULO II – URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA

O módulo II – Intervenção na Crise do Adulto, decorreu no Serviço de Urgência Psiquiátrica do Hospital Júlio de Matos (Anexo 11) que se encontra integrada no serviço de Urgência Geral do Hospital Curry Cabral. Este serviço funciona há 10 anos, durante as 24 horas do dia, dispondo de 9 camas para acolher utentes em crise e com a possibilidade de acolher até 4 macas. É um serviço com recursos físicos parcos e que facilmente fica lotado devido à alargada área de abrangência que atinge. Este serviço mudou recentemente de coordenação com reestruturações a nível de procedimentos e rotinas, alguns pouco receptivos por parte da equipa de enfermagem e de assistentes operacionais, pelo que durante o período de estágio existiam alguns conflitos internos na equipa.

O serviço de urgência psiquiátrica está vocacionado para atender utentes em crise. De acordo com Nabais

“o atendimento em serviço de urgência e os cuidados a prestar em internamento devem ter em consideração que a integridade da pessoa ou a de terceiros estão ameaçadas, necessitando de desenvolver técnicas e estratégias de intervenção específicas e significativamente intensas para reduzir ao mínimo o período de internamento, diminuindo o sofrimento mental e prevenindo a desadaptação familiar e social.” (Nabais, 2008, p.42).

Segundo Chalifour “um estado de crise produz-se quando uma pessoa afronta um obstáculo a um objectivo importante da sua vida que, por um certo tempo, é intransponível pelo recurso aos métodos habituais de resolução de problemas.” (Chalifour, 2009, p. 185). As intervenções a desenvolver neste contexto tem de acordo com Phaneuf “objectivos a curto termo e muitas vezes bastante restritos dado que visa o alívio imediato do mal-estar agudo.” (Phaneuf, 2005, p. 530).

A mesma autora refere que

“na fase aguda da crise, o nível de ansiedade elevado da pessoa exige preocupações particulares de vigilância e estratégias específicas de comunicação. (...) É também útil tranquilizá-la assegurando-lhe que ela está em segurança e que estamos lá para a ajudar e proteger.” (Phaneuf, 2005, p. 532).

É uma intervenção no “aqui e agora”, onde é fundamental a disponibilidade dos profissionais da equipa em receber e escutar a pessoa em crise, de forma a criar um vínculo, estabelecendo contacto com os familiares e pessoas significativas, tentando esclarecer a crise vivida pela pessoas e restaurando o equilíbrio, resolvendo a crise.

O estágio foi orientado pelo Enf. Francisco Cruz e os objectivos delineados para o mesmo foram:

- § Compreender e integrar a organização, dinâmica e funcionamento da equipa;
- § Prestar cuidados de enfermagem especializados a utentes em situação de crise e seus familiares/pessoas significativas;
- § Desenvolver e adoptar formas comunicacionais ao utente/equipa e família, relativamente às circunstâncias vivenciadas.
- § Desenvolver relações terapêuticas;

- § Cimentar e contribuir para a construção de uma identidade profissional de especialista, com a equipa de enfermagem e outros grupos profissionais;
- § Demonstrar competências na identificação de problemas, necessidades e planeamento de acções, estabelecendo prioridades;
- § Promover um ambiente terapêutico.

Estes objectivos foram atingidos ao longo desta experiência clínica. Tal como no módulo anterior efectuo a análise deste módulo em três áreas distintas: a equipa de enfermagem, o utente e família e o formando.

2.2.1. A EQUIPA DE ENFERMAGEM

A equipa de enfermagem do serviço de urgência psiquiátrica é uma equipa jovem e dinâmica, tendo sido alvo de algumas reestruturações nomeadamente com a mudança da coordenação. Apercebi-me que existiam alguns conflitos na equipa, normais sempre que existem mudanças. A minha interacção com a equipa ficou marcada desde o início por uma postura de parceria e aprendizagem, pelo que parti da acção conjunta de compreensão dos padrões de funcionamento e resposta relativamente aos utentes e às várias actividades desenvolvidas junto destes.

Com a equipa de enfermagem pude participar activamente nos momentos de passagem de turno com partilha de vivências, dificuldades e sugestões de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados. Pude em conjunto com a equipa de enfermagem elaborar planos de cuidados. Para tal utilizei os diagnósticos de enfermagem da CIPE, que apesar de não existirem em suporte informático (através da aplicação CIPE/SAPE), existiam em suporte de papel. Apenas alguns elementos da equipa de enfermagem se regem por esta classificação, fundamentando que a não existência da aplicação informática na urgência não permite a utilização da mesma. No entanto, ao longo de todo o ensino clínico pude usar a CIPE, consultando o manual em suporte de papel disponível no serviço, promovendo a sua utilização por parte dos outros elementos da equipa. No fim do ensino clínico uma das enfermeiras também adoptou a utilização da CIPE, penso que muito provavelmente por ser um elemento recente na equipa e por de algum modo se ter identificado comigo.

2.2.2. O UTENTE E A FAMÍLIA

Pude realizar o acolhimento e entrevistas a utentes e familiares neste contexto específico. O acolhimento é fundamental criando um clima de confiança que permite que a

pessoa se sinta “acolhida na sua mágoa e cólera”. Também a entrevista é um momento único de interacção com o utente e família, de acordo com Chalifour esta é

“um encontro formal ao longo do qual aquele que ajuda e aquele que é ajudado entram em contacto pela primeira vez com o objectivo de se conhecer, de clarificar um pedido de ajuda, de determinar os serviços mais adequados para lhe responder e, de acordo com a situação, permitir ao interveniente oferecer ajuda ou orientar o cliente para o recurso apropriado.” (Chalifour, 2008, p. 82).

Esta entrevista era muitas vezes iniciada por um frase como “*O que o trouxe aqui à urgência?*” (sic), de modo a não seguir um formato de interrogatório, que me parece algo despersonalizado para o utente, já que, anteriormente é realizada a entrevista médica, sendo desgastante para o utente ter de “*repetir o que aconteceu*” (sic). Assim, promovendo a expressão de sentimentos e emoções pude realizar entrevistas a utentes e familiares/pessoas significativas. Por outro lado, as condições físicas do serviço não favorecem o clima terapêutico necessário, com interrupções constantes por parte de outros profissionais de saúde e pelo facto de apenas existir um gabinete de enfermagem.

Para Phaneuf os objectivos da entrevista à pessoa em crise consistem em fazê-la

- sentir-se em segurança, escutada e compreendida;
- perceber que não está só e a sentir a nossa vontade de a ajudar;
- realizar intervenções que lhe permitirão readquirir funções fisiológicas normais: ritmo respiratório, tensão arterial, sistema digestivo, sono, etc.;
- chegar a uma interpretação correcta da realidade;
- chegar progressivamente a mais realismo depois de uma fase de negação que lhe permitiu encontrar um pouco de força e de se sentir tranquilizada;
- conservar a sua percepção correcta da realidade;
- exprimir os seus sentimentos de receio, de angústia, de medo, de cólera e de desencorajamento;
- compreender que lhe é permitido chorar ou estar em cólera numa situação parecida;
- encontrar os seus mecanismos habituais de funcionamento e modificar alguns dos seus comportamentos;
- encontrar opções ao seu modo de funcionamento actual;
- encontrar apoio voltando-se para os amigos, familiares ou pessoas de confiança.” (Phaneuf, 2005, p. 312).

Partindo da colheita de dados pude identificar os problemas e estabelecer prioridades, delimitando os problemas a serem resolvidos no momento e os que podiam ser deferidos para posteriormente serem trabalhados.

Pertinente neste contexto é a gestão do ambiente de cuidados. Este deve ser compreendido como não somente como o local do cuidar mas como parte activa do cuidar. Karlin e Zeiss (2006) referem que o ambiente do hospital psiquiátrico desempenha um papel significativo, embora muitas vezes pouco valorizado, no utente e equipa multidisciplinar. Ao longo do último século tem havido um crescente reconhecimento e discussão do impacto do ambiente hospitalar psiquiátrico nos utentes psiquiátricos, aludindo para a intervenção no ambiente tendo em conta bases teóricas claras e centrando esta interferência no bem-estar do utente pode melhorar o funcionamento do serviço, os utentes e a relação entre utentes e a equipa multidisciplinar. Assim, intervenções como a diminuição dos estímulos em utentes agitados, a contenção emocional ou a presença junto dos utentes têm um poderoso impacto, com diminuição significativa da ansiedade e inquietação.

Pude desenvolver e apurar técnicas comunicação verbal e não verbal, durante a prestação de cuidados, recorrendo ao toque, a distância e posições, o olhar, a escuta, o silêncio, o convite a prosseguir bem como a técnicas de comunicação verbal como os reflexos, a síntese, as questões, os feedbacks e a revelação de si ou o conselho e informação. De acordo com Chalifour

“além de estar consciente das suas habilidades e das suas hesitações em utilizar os seus sentidos ao longo da relação, o interveniente precisa de reconhecer as tendências e habilidades do cliente para privilegiar certos modos de contacto (...) O reconhecimento do modo de contacto particular de cliente, permite ao interveniente entrar em contacto com ele e penetrar no seu mundo interior. Usando um vocabulário que apela aos sentidos que o cliente privilegia, o interveniente terá maiores possibilidades de ser percebido por ele.” (Chalifour, 2008, p.132-133).

Para aplicar todas as técnicas e estratégias relacionais, o enfermeiro deverá manifestar certas atitudes na sua relação com o cliente. Chalifour (2008, p. 195) afirma que “uma relação não pode ser satisfatória se o interveniente não tem interesse pelo cliente e por aquilo que ele comunica e, não deseja compreender o seu ponto de vista e ser honesto com ele”. Assim inerentes à minha prática profissional estiveram os princípios da relação de ajuda nomeadamente a compreensão empática, o respeito caloroso, a autenticidade, a compaixão e a esperança.

Pude promover a expressão e gestão dos afectos permitindo que a pessoa e família os verbalizassem, com um efeito visível de descarga da tensão emocional, procurando junto dos mesmos o desenvolvimento de recursos pessoais que lhes permitam lidar com a crise.

Outro dos grandes objectivos era o apoio emocional á família/pessoas significativas da pessoa em crise. Phaneuf (2005, p. 461) refere que “o suporte à família é um conjunto de intervenções da enfermeira que visam levar apoio emotivo aos próximos da pessoa doente, ajudá-los a atravessar este momento penoso, a compreender o problema de saúde e a enfrentá-lo calmamente.” As intervenções compreenderam o suporte psicológico com diminuição da ansiedade, do medo e stress, a comunicação de informações e adaptação ao problema de saúde e o encaminhamento necessário. Elaborei um folheto informativo sobre a depressão (Anexo 12) com o intuito de esclarecer para alguma da sintomatologia possível e para combater o estigma associado a esta patologia, o qual passou a ser entregue aos familiares e pessoas significativas dos utentes com esta patologia.

2.2.3. O FORMANDO

Algo muito presente neste estágio foi a reflexão conjunta com os orientadores de estágio sobre a prática de enfermagem. Assim muitas vezes após a prestação de cuidados dos utentes, realizámos a análise da prática de cuidados prestados e reflectíamos em conjunto. Este foi um dos aspectos que mais me motivou pois penso que é essencial questionarmos a nossa prática visando sempre a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Frequentemente recorrem à urgência pessoas sem-abrigo, dado que havia contactado com esta população no módulo anterior, foi com especial atenção que acompanhei estas situações. Assim, pude em conjunto com o enfermeiro orientador relacionar aspectos teóricos com a prática, observando o seu comportamento, gestos, atitudes e mecanismos de defesa mais frequentemente utilizados. Sendo pessoas sujeitas a múltiplas perdas, verifica-se um padrão comum de comportamento em que de acordo com Bento *et al.*

“desenha-se repetidamente a mesma configuração de objectos internos: objectos negligentes, objectos salvadores (in extremis) e um eu indefeso e carente de cuidados. Com os técnicos vem dramatizar o mesmo cenário interno. Apresenta-se como estando à beira da morte eminente. Primeiro alegando definhamento físico, por não conseguir comer e solicitando um internamento (que obtêm, para abandonar logo a seguir, com queixas), Num segundo momento anunciando o seu suicídio. Cliva a sua relação com os técnicos, atribuindo a uns a capacidade de o salvar, queixando-se de outros pela sua indiferença e negligência.” (Bento *et al.*, 2002, p. 104).

Senti a necessidade de aprofundar conhecimentos nesta área nomeadamente relativamente à utilização dos mecanismos de defesa, pelo que realizei um trabalho de pesquisa (Anexo 13). Habitados a relações complexas marcadas pela falta de afectos, verifiquei por várias vezes que muitas vezes estes utentes esperavam um certo tipo de atitude e comportamento (negativo) por parte dos profissionais de saúde, e quando as suas expectativas não eram realizadas apelavam á alta clínica. Tal como referem Bento *et al.*

“o laço interno com o objecto, apesar de mau, pode ser essencial para o indivíduo. Descobrir a possibilidade de uma relação positiva com um outro pode então ser ameaçador e fonte de angústia, dando lugar a comportamentos de fracasso. É que investir no bom objecto pode ser vivido como desistir e abandonar o objecto mau. Para o indivíduo é melhor ter um objecto mau do que arriscar-se a perdê-lo para sempre.” (Bento *et al.*, 2002, p. 104-105).

A partilha de determinadas situações causadoras de alguma angústia, conduziu à elaboração de uma reflexão (Anexo 14) que teve por base o internamento compulsivo de uma mulher que se encontrava isolada em casa desde há 10 anos sem qualquer tipo de apoio ou cuidados a nível da saúde mental e psiquiatria.

O CHPL realiza anualmente o Encontro Interno de Enfermagem. Este encontro é realizado pela Direcção de Enfermagem e um dos seus objectivos é dar oportunidade a serviços e a enfermeiros de apresentarem trabalhos e projectos que estejam a desenvolver. No âmbito da participação do Serviço de Urgência Psiquiátrica na quarta edição do referido encontro, houve a possibilidade de representar este serviço através da apresentação de uma comunicação oral intitulada “Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem mais frequentes na Urgência Psiquiátrica” (Anexo 15).

Tive ainda a possibilidade de colaborar com um grupo de alunos, numa perspectiva de supervisão, facilitando a sua integração e acolhimento ao serviço, validando atitudes terapêuticas, e aprofundando conhecimentos, nomeadamente no que diz respeito à contenção física, conhecimentos de farmacologia, etc. Neste contexto apresento em anexo o registo de uma interacção (Anexo 16) elaborado por um dos alunos.

2.3. MÓDULO III – HOSPITAL DE DIA

O Hospital de Dia (HD) é uma unidade de internamento parcial intervindo a nível da reabilitação psicossocial, destinada principalmente a utentes jovens com psicoses, mas também a utentes com outras patologias que justifiquem uma intervenção multidisciplinar, nomeadamente as perturbações afectivas, as perturbações de ansiedade e da personalidade, com repercussão psicossocial grave e/ou refractários ao tratamento em ambulatório. Tem por objectivo o treino de competências sociais com a melhoria da organização e autonomização da pessoa, a melhoria da adesão à terapêutica, o reforço da rede de suporte familiar e social, a integração socioprofissional e a prevenção de recaídas e re-internamentos

Wirt (1999) diz-nos que os conceitos de *recovery* e de *empowerment*, nos quais se insere o trabalho das equipas multidisciplinares de recuperação e aprendizagem de competências individuais e sociais, são precisamente a antítese teórica do processo de institucionalização. O conceito de *recovery*, é ainda um dos valores enunciados no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, que o define como (2007, p. 14) “condições que favoreçam a auto-determinação e a procura de um caminho próprio por parte das pessoas com problemas de saúde mental.”

A reabilitação não pode ser encarada como uma técnica estanque, desenvolvida apenas pós-tratamento. Deve ser desenvolvida no quotidiano, desde as acções mais simples até uma nova construção do olhar. Neste contexto destaca-se a importância da equipa multidisciplinar, pois viabiliza a troca de informações, a partilha de saberes, estabelecendo objectivos comuns e promovendo a responsabilização conjunta, permitindo assim uma aquisição de conhecimentos e possibilitando a realização de tarefas que os elementos não poderiam realizar individualmente. Isto vai de encontro ao que refere Fazenda (2008, p. 91) ao referir “a importância dos factores psicológicos e sociais como determinantes das doenças mentais e como instrumentos para a recuperação e a melhoria da qualidade de vida dos doentes.”

Para a admissão no HD, que dispõe de 15 vagas, o utente é referenciado para uma consulta de triagem efectuada por um psiquiatra, que inclui a avaliação clínica e a definição dos objectivos terapêuticos da frequência no HD. São excluídos utentes que apresentem dependência de álcool e drogas, atrasos mentais graves, e perturbações da personalidade que manifestem incapacidade grave de controlo dos impulsos ou de se integrarem em grupo. Com a aceitação por parte do utente, do projecto terapêutico, são desenvolvidas, a par do tratamento farmacológico, várias actividades terapêuticas como a psicoeducação, o treino de aptidões e competências sociais, o treino de AVD, actividades de grupo, intervenção familiar, terapia ocupacional, apoio e acompanhamento na área sócio-ocupacional e profissional, potenciando a orientação para a realidade e a assertividade, de modo a melhorar a auto-estima e a autonomia, proporcionando assim uma melhor qualidade de vida, construindo, desta forma, o plano individual de reabilitação de cada utente.

A possibilidade de ampliar o meu leque de experiências profissionais na área reabilitação de doentes psiquiátricos e especificamente com o trabalho que é desenvolvido no HD constituiu uma oportunidade única de aprendizagem e de desenvolvimento de competências.

Este estágio contou com a supervisão da Enf.^a Albertina Gonçalves e teve como objectivos:

- § Integrar a equipa, conhecendo as suas dinâmicas e participando nas suas múltiplas actividades;
- § Estabelecer relações terapêuticas;
- § Promover a participação activa do utente e família no seu projecto terapêutico;
- § Promover a reinserção familiar, social e profissional dos utentes;
- § Desenvolver actividades de acompanhamento terapêutico em grupo, técnicas de relaxamento, treino de competências sociais e de actividades instrumentais de vida diária.

Tal como realizado nos módulos anteriores exponho em seguida a análise das actividades realizadas no contexto da equipa de saúde, do utente e família e como formando.

2.3.1 - A EQUIPA DE SAÚDE

No HD existe uma equipa multidisciplinar em funcionamento articulado de modo a planear e desenvolver estratégias terapêuticas globais e coerentes. A equipa conta com duas Enf.^a (uma das quais é especialista em saúde mental e psiquiatria), uma médica psiquiatra, uma terapeuta ocupacional, uma psicóloga, uma técnica de serviço social (a tempo parcial), uma administrativa e uma auxiliar de acção médica (a tempo parcial). Neste contexto o enfermeiro é um técnico de referência com intervenções a vários níveis.

Pude integrar-me facilmente na equipa tomando contacto com as actividades que são desenvolvidas. Esta necessidade surgiu do facto de estar acessível todo um programa terapêutico direccionado para a reabilitação psicossocial.

Particpei nas reuniões clínicas da equipa multidisciplinar do HD que se realizam semanalmente às sextas-feiras. Estas reuniões visam a discussão dos casos dos doentes internados no HD. Todos os profissionais dão o seu contributo para a definição da estratégia terapêutica a seguir, já que cada um tem uma visão muito própria da pessoa, segundo a informação do doente de que dispõe, segundo os modelos teóricos que habitualmente segue, segundo a experiência profissional, entre muitos outros factores. Este espaço surpreendeu-me positivamente por ver espelhado na prática o conceito de equipa multidisciplinar na minha concepção mais abrangente: a todos os profissionais é dado espaço de expressarem a sua opinião clínica e todos os contributos são, de uma forma geral, tidos em conta e esclarecidos. A decisão não é unilateral mas antes partilhada por todos e tendo sobretudo em conta a

argumentação exposta e que perspective “o melhor” para o doente, sendo este “melhor” sempre um resultado de várias perspectivas.

2.3.2 – O UTENTE E A FAMÍLIA

O processo de reabilitação psicossocial da doença mental e psiquiátrica implica duas vertentes, uma individual e outra social, já que incide por um lado na recuperação da aprendizagem de competências pessoais e relacionais, e por outro na criação de suporte social adequado aos níveis da autonomia. De acordo com Monteiro

“o modelo de reabilitação psicossocial integra-se num programa onde o terapeuta de referência incentiva o doente a identificar os comportamentos e aptidões necessárias mudar, ou adquirir, para atingir os seus objectivos. Segundo este modelo será o doente, com ajuda do seu terapeuta de referência, que vai delinear o seu próprio projecto de vida, permitindo-lhe ser ele o sujeito da mudança.” (Monteiro, 2002, p. 43).

Durante o internamento o utente tem um terapeuta de referência, o qual mantém um conhecimento actual e global da evolução, do projecto do doente, a quem se pode dirigir sempre que necessário. Segundo Thornicroft citado por Monteiro (2002), o modelo do terapeuta de referência desenvolve-se com base nos seguintes aspectos:

- § Continuidade dos cuidados.
- § Acessibilidade.
- § Relação terapeuta/doente.
- § Resposta em relação às necessidades do doente.
- § Estímulo da autonomia.
- § Defesa dos interesses do doente.
- § Rentabilização dos recursos existentes.

Nesta linha, o papel da enfermeira é proporcionar e oferecer ao doente, sem os impor, os meios complementares que lhe permitam descobrir e mobilizar os recursos pessoais como quiser, para solucionar o seu problema. O enfermeiro não deve tomar decisões por ele, nem substituí-lo em aspectos relacionados à sua participação nas acções.

Tendo por base os princípios inerentes à reabilitação psicossocial, pode participar em várias actividades como por exemplo a reunião clínica comunitária. Esta reunião é liderada pela equipa de enfermagem e que segue uma abordagem cognitivo-comportamental. Nesta reunião os utentes falam dos factos, pensamentos e sentimentos que ocorreram desde o dia anterior e que sejam pertinentes para si. Os temas abrangem as AVD, as dinâmicas familiares, a situação profissional ou académica, passatempos, dificuldades e capacidades, fortalecimento das relações interpessoais, entre outros. Este espaço terapêutico reveste-se de uma importância fulcral na avaliação das pessoas e na continuidade dos cuidados de reabilitação psicossocial. É sobretudo aqui que os profissionais conhecem progressivamente melhor as pessoas internadas, as suas limitações e potencialidades e o seu desenvolvimento terapêutico. Trata-se

de um momento de partilha, de dar-se a conhecer aos restantes elementos do grupo, dos profissionais se darem a conhecer ao grupo. Devolve-se poder às pessoas através da verbalização da sua vida. Promove-se o fortalecimento da relação grupal, a socialização, a verbalização, o auto e hetero-conhecimento, em que são exploradas alternativas aos comportamentos actuais, entre outros. Pude por diversas vezes liderar estas reuniões sempre com a supervisão da Enf.^a Albertina Gonçalves, desenvolvendo competências de comunicação e de trabalho com grupos, tão pertinentes na área da saúde mental e psiquiatria.

Realizei o acolhimento de uma utente utilizando o instrumento de Acolhimento/Avaliação (Anexo 17), e entrevistas de apoio tendo como referência a relação de ajuda, incentivando a utente a participar activamente na definição das suas necessidades.

A psicoeducação é outra das áreas desenvolvidas no HD, de acordo com Felicíssimo, constitui

“um conjunto de abordagens orientadas em: ajudar os doentes e seus familiares a aprender o que precisam sobre a doença mental e a dominar novas formas de lidar com ela e com os problemas do quotidiano; reduzir o stress familiar e providenciar suporte social e encorajamento, permitindo uma maior esperança no futuro mais do que um remoer mórbido no passado.” (Felicíssimo, 2009, p. 24).

Neste contexto tive oportunidade de assistir e participar em 3 reuniões de famílias, a que assistem os familiares de pessoas que estiveram ou que estão actualmente internadas no HD. Este constitui um importante espaço de partilha de vivências, sentimentos e emoções, angústias e incertezas vividas pelos familiares. Tratou-se de uma experiência bastante rica onde pude contribuir nomeadamente com esclarecimentos acerca de sintomatologia psiquiátrica, conhecimentos de terapêutica e seus efeitos e como desencadear um internamento compulsivo, entre outros.

Pude também realizar a administração de terapêutica acompanhada do treino e gestão da mesma a 3 utentes com visíveis ganhos de saúde, tendo estes, desenvolvido capacidades de preparação e gestão da medicação. Elaborei ainda a folha de planeamento: gestão e controle da terapêutica (Anexo 18) de modo a permitir o registo da supervisão efectuada a este nível.

NO HD realiza-se o treino de AVD e de competências sociais como a preparação de refeições, gestão económica, realização de compras, utilização do telefone e de transportes públicos. Neste âmbito, a culinária é uma actividade terapêutica na qual a enfermeira orienta o elemento do grupo, ou os elementos, para a concretização de uma receita. Com o objectivo de promover a autonomia e a tomada de decisão independente, compete ao elemento do grupo escolher que receita gostaria de confeccionar. Depois de escolher a enfermeira verifica a possibilidade de realização dessa receita em particular, no que diz respeito a ingredientes disponíveis no HD, possibilidade de comprar ingredientes em falta, entre outros. Geralmente a escolha e decisão da receita é feita simultaneamente entre a enfermeira e o elemento do grupo. Contudo dá-se primazia à responsabilidade da pessoa. São escolhas frequentes as receitas de bolos para serem posteriormente vendidos às fatias no bar do HD, que é gerido pelos utentes, com o apoio e orientação da equipa de enfermagem e da terapeuta ocupacional.

Na fase da confecção, tal como na anterior, a enfermeira acompanha a pessoa orientando e ajudando a seguir o procedimento descrito na receita.

A actividade da culinária permite à equipa de enfermagem o acompanhamento e a presença próxima de um ou vários elementos do grupo. Por seu lado, isso permite um conhecimento aprofundado das respostas dessa pessoa à sua situação actual e ao processo de reabilitação psicossocial. Esse conhecimento é a base para uma intervenção terapêutica, que pode ser imediata, na actividade de culinária, ou posterior, noutros espaços terapêuticos, como a realização de compras ou a gestão do dinheiro onde pude intervir como parceira com os utentes.

Os utentes do HD almoçam no serviço, o que assegura em primeiro lugar, a continuidade da participação das pessoas nas actividades da tarde, constituindo um momento de interacção e relação privilegiado e por outro é um momento de promoção da adesão ao regime medicamentoso, onde é fornecida e supervisionada a toma da medicação para aqueles que ainda não adquiriram autonomia a este nível. Pude participar activamente nestes momentos.

Existem diversas actividades sócio-recreativas desenvolvidas pela equipa de enfermagem no HD. Participar nestes espaços terapêuticos foram experiências extremamente enriquecedoras. Mais uma vez, o ponto de que parto para esta breve reflexão é a proximidade aos elementos do grupo. Efectivamente, com esta interacção desenvolvem-se tanto as relações intragrupais como as relações com a equipa de enfermagem.

No programa terapêutico do HD, o relaxamento muscular progressivo realiza-se quinzenalmente. Esta actividade terapêutica é realizada pela Enf.^a Albertina Gonçalves. Pude desenvolver competências neste âmbito, realizando uma sessão de relaxamento (Anexo 19), onde a avaliação individual que os elementos do grupo fizeram foi de estarem de uma maneira geral mais relaxados e descontraídos. Esta auto-avaliação foi corroborada pela minha observação do seu comportamento individual e da interacção do grupo: concluída a sessão demoraram-se ainda alguns momentos sentados nos colchões e a interacção era harmoniosa e tranquila. Após concluída a actividade terapêutica houve espaço para discutir com a Enf.^a orientadora detalhes da sessão, algumas estratégias desenvolvidas bem como o comportamento e os resultados nos diversos utentes.

Ao nível da educação para a saúde o HD possui um papel importante na promoção da saúde promovendo actividades que favoreçam o bem-estar, a auto-realização e o desempenho pessoal e os comportamentos positivos. Pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e o realce dos estilos de vida saudáveis. Aqui os enfermeiros têm um lugar de destaque capacitando o utente à adaptar-se à sua doença, cooperar com o plano terapêutico instruído e aprender a resolver os problemas quando se defronta com situações novas. Realizei neste contexto uma sessão de educação para a saúde (Anexo 20) inserida no “Programa Viver em Equilíbrio”, que visa a promoção do bem-estar dos utentes e que é desenvolvido no HD pela equipa de enfermagem. O programa aborda os hábitos alimentares e o exercício físico no sentido de melhorar a qualidade de vida

dos participantes. A sessão desdobrou-se em dois momentos e culminou com a realização de um cartaz elaborado pelos utentes que foi exposto na sala de refeições.

A nível da reintegração profissional pude promover o trabalho protegido com uma das utentes. Sabendo que a “Casa do Pessoal” do CHPL, aceita frequentemente a colaboração de utentes como parte do seu projecto terapêutico, pude desafiar o gestor “Casa do Pessoal” a aceitar a colaboração de uma utente do HD. Este processo desenvolveu-se através de várias reuniões e momentos, onde pude consultar a opinião da utente e da sua família, apresentar-lhe a “Casa do Pessoal” e o gestor da mesma, visitar as instalações onde iria trabalhar e acertar pormenores diversos. Esta intervenção foi anteriormente discutida com os restantes membros da equipa multidisciplinar que apoiaram desde logo a ideia. Foi com particular satisfação que pude colaborar em todo o processo, contribuindo para a reinserção profissional e social da utente, já que se tratava do elemento mais “antigo” do grupo (frequentava o HD já há um ano), expressando com frequência desânimo e “*vontade de sair*” (sic). Como resultado final, a utente iria iniciar na semana seguinte ao fim do estágio, o trabalho na cozinha da “Casa do Pessoal” (preparando as sobremesas que são servidas diariamente) durante 4 horas diárias, no período da manhã, de segunda a sexta-feira. Este trabalho seria remunerado e a utente verbalizou uma melhoria da sua auto-estima e auto-conceito, com alterações visíveis na sua apresentação, já que a utente começou subtilmente a usar bijutaria e a usar roupas coloridas (é relevante referir que a utente anteriormente apenas se vestia de preto) bem como no aumento das suas relações interpessoais.

2.3.3 – O FORMANDO

O HD participou na quarta edição do Encontro Interno de Enfermagem do CHPL, e houve a possibilidade de participar com a apresentação de um poster intitulado “Em Equilíbrio no Hospital de Dia” (Anexo 21), que foi realizado em parceria com a Enf.^a orientadora e que teve como objectivo divulgar aos participantes do encontro, uma das intervenções autónomas de enfermagem desenvolvida no HD.

De igual modo elaborei uma acção de formação (Anexo 22) de modo a divulgar o HD aos colegas da Clínica Psiquiátrica VI – Unidade de Sintra e Beja, já que muitos enfermeiros, não sabiam onde se localizava o HD no CHPL nem quais as actividades desenvolvidas pela equipa de enfermagem nesse contexto.

Pude compreender através do estágio no HD a pertinência da intervenção do enfermeiro de saúde mental e psiquiátrica neste contexto, desenvolvendo competências neste contexto, nomeadamente de trabalho com grupos, no treino de competências sociais e no âmbito do relaxamento. Nunca havia tomado contacto com o trabalho desenvolvido em HD, penso que este estágio, tal como os anteriores, foi revelador da riqueza dos cuidados de enfermagem que abrangem uma enormidade de áreas, abrangendo o indivíduo, a família e a comunidade.

3. CONCLUSÃO

Este relatório permitiu a descrição das actividades desenvolvidas durante a unidade curricular estágio e nomear as competências adquiridas ao longo do mesmo. Durante este período pude compreender a abrangência do papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, que se inscreve na promoção dos estilos de vida saudáveis, promovendo a saúde e prevenindo a doença mental, passando pelo internamento da pessoa em crise e do apoio à família e pessoas significativas até à reabilitação psicossocial com a revalorização de competências e reintegração familiar, social e profissional.

A própria Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Ordem dos Enfermeiros afirma que a especificidade da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica consiste na incorporação de intervenções psicoterapêuticas durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, visando a promoção e protecção da saúde mental, a prevenção da perturbação mental e o tratamento, a reabilitação psicossocial e a reinserção social da pessoa (Nabais, 2008).

No contexto da formação contínua em enfermagem podemos dizer que esta nunca está terminada e de acordo com Abreu

“o enfermeiro, no decurso da sua experiência, forma-se no confronto com o contexto e com os outros, confronto este que só se traduz em mudança na medida em que se confronta permanentemente consigo próprio, filtrando, transformando e enriquecendo o seu património cognitivo e efectivo.” (Abreu, 2001, p. 105).

Este foi um período de “transformação”, quer a nível profissional como pessoal, onde de acordo com o autor supracitado como resultado “da hereditariedade, da história de vida e das exigências do contexto, o indivíduo desenvolve estilos de aprendizagem que enfatizam o desenvolvimento de determinadas competências, em detrimento de outras.” (Abreu, 2001, p. 121).

O enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica deve ter a capacidade de desenvolver uma visão holística no seu cuidar, sabendo que é essencial desenvolver competências na área da relação interpessoal, da comunicação e da relação de ajuda. Sob este paradigma do cuidar, o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, torna-se uma referência e uma mais-valia, para a pessoa, o que vai de encontro ao que refere Sequeira

“mais do que o seu saber e saber-fazer (conhecimentos técnicos e científicos), o enfermeiro deve também desenvolver o seu saber-ser e saber-estar, tanto com ele mesmo como na relação com a pessoa, pois estes factos, constituem na sua essência, os alicerces da relação terapêutica, indispensável à prática do cuidar em Saúde Mental e Psiquiatria.” (Sequeira, 2006, p. 15).

As principais dificuldades e limitações que senti durante este percurso de crescimento foram ao nível da articulação do que considero serem as três dimensões envolvidas: pessoal, académica e profissional, agravada pelo facto de não ter sido possível adquirir o estatuto de trabalhador-estudante, que conduziu a momentos de maior stress. Outra dificuldade sentida, já no período de estágio, foi o facto de me ter “colado” de certa forma às actividades desenvolvidas nos diferentes contextos, penso que de certa forma terá a ver com alguma

insegurança sentida. No entanto, parece-me que esta foi sendo colmatada ao longo do processo de formação com a aquisição de competências que permitem assim a construção da minha identidade profissional e afirmação na profissão.

Como aspectos facilitadores saliento os conhecimentos, a experiência e disponibilidade dos vários orientadores de estágio que fizeram com este fosse um período de “despertar” para novos conhecimentos, realidades e sentires.

Como sugestão propunha que houvesse um feedback relativamente ao projecto de estágio que é entregue inicialmente, permitindo aos formandos esclarecerem dúvidas e solicitarem orientação no sentido de desenvolverem um trabalho sólido e de qualidade.

Para finalizar, considero ter atingido os objectivos propostos inicialmente para este relatório, já que procedi à reflexão crítica de todo o percurso, constituindo o mesmo, um documento auto-reflexivo, dando prova do desenvolvimento do processo de supervisão e da maturação das minhas competências profissionais.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- § ABREU, Wilson C. – **Identidade, Formação e Trabalho**. Coimbra: Formasau, 2001. ISBN 972-8485-21-2.
- § ADAM, Evelyn – **Ser enfermeira**. Lisboa: Instituto Piaget, 1994. ISBN 972-9295-86-7.
- § BARBOSA, António; CAMÃRA, Jorge – Urgências em Psiquiatria In **Manual de Psiquiatria Clínica**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2005. 3ª Edição. ISBN 972-31-0939-5.
- § BENNER, Patricia – **De iniciado a perito**. Coimbra: Quarteto Editora, 2005. ISBN 989-558-052-5.
- § BENTO, António [et. al.] – **Sem-Amor Sem-Abrigo**. Lisboa: Climepsi Editores, 2002. ISBN 972-796-070-7.
- § BERGERET, Jean – **A personalidade normal e patológica**. Lisboa: Climepsi, 2000. ISBN 972-95908-3-4.
- § BLEGER, José – Entrevista e Grupos. 3ª ed. 2003. ISBN 85-336-0877-2.
- § CASEY, P. [et al.] – **Fish: Psicopatologia Clínica**. Lisboa: Libri-Faber, 2007. ISBN 978-989-95046-2-2.
- § CHALIFOUR, Jacques – **A intervenção Terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda**. Volume I. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-05-5.
- § CHALIFOUR, Jacques – **A intervenção Terapêutica: Estratégias de intervenção**. Volume II. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-21-5.
- § DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental** – Lisboa: DGS, 2004 ISBN: 972-675-089-X. 104 p.
- § DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Ganhos de Saúde em Portugal: ponto de situação**. Relatório do Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde. Lisboa: DGS, 2002. ISBN 9726750814. p. 132-136.

- § FAZENDA, Isabel – **O puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania**. Lisboa: Climepsi Editores, 2008. ISBN 9789727962914.
- § FELICÍSSIMO, Ana – Conhecer a convivência da família com o doente psicótico: Intervenções psicoeducativas na linha comportamental de Fallon. In **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. ISSN 1647-2160. N.º 1 Junho 2009. Porto: SPESM. p. 23-32.
- § GARRIDO António [et. al.] – **Supervisão clínica em enfermagem: perspectivas práticas**. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008. ISBN 978-972-789-266-2.
- § HARRISON, Paul [et. al.] – **Guia prático climepsi de psiquiatria**. Lisboa: Climepsi, 2006. ISBN 972-796-237-8.
- § HESBEEN, Walter – **Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8.
- § HESBEEN, Walter – **Qualidade em Enfermagem: Pensamento e ação na perspectiva do cuidar**. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-20-7.
- § JARA, José M. – **Causas da Psiquiatria: questões da saúde mental**. Lisboa: Caminho, 2006. ISBN 972-21-1805-6.
- § KAPLAN, Harold; SADOCK, Benjamin – **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2006. 7ª Edição. ISBN 85-7307-211-3.
- § KARLIN, B.; ZEISS, R. – Environmental and Therapeutic Issues In **Psychiatry Hospital Design: Toward Best Practices**. Psychiatric Services. 2006. Vol. 57. N.º 10. 1376-1378 p.
- § KUTCHER S.; CHEHIL S. – **Gestão de Risco de Suicídio: um manual para profissionais de saúde**. Lundbeck Institute. 2007. ISBN 978-989-8036-21-6.
- § LOPES, Noémia M. – **Recomposição Profissional da Enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8717-17-2.
- § MENDES, Aida Cruz [et al.] – Necessidades Educacionais em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: Estudo exploratório em enfermeiros a trabalhar em serviços de psiquiatria. In **Revista Referência**. N.º 8 Maio de 2002. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Coimbra, ISSN 0874-0283. p. 17-23.

- § MESQUITA, Ana Cristina – Especialidades de Enfermagem. In **Revista Portuguesa de Enfermagem**. Amadora. ISSN 0873-1586. Nº 8 (Outubro/Novembro/Dezembro 2006) p. 5-6.
- § MONTEIRO, Maria Natália – **Dar suporte ao projecto de vida dos doentes do hospital de dia após a alta**. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende e Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian de Lisboa, 2002. Projecto de Intervenção.
- § NABAIS, António J. S. A. – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: âmbito e contextos. In **Revista da Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Número 30. Outubro 2008. ISSN 1646-2629. p. 38-43.
- § NP 405-1.1994, Informação e Documentação – Referências bibliográficas: documentos impressos. Lisboa: IPQ. 49p.
- § NP 405-3.2000, Informação e Documentação – Referências bibliográficas. Parte 3: documentos não publicados. Lisboa: IPQ. 15p.
- § NP 405-4.2002, Informação e Documentação – Referências bibliográficas. Parte 4: documentos electrónicos. Lisboa: IPQ. 26p.
- § OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – **10/30 Anos: Razões para Continuar**. Relatório da Primavera de 2009. Lisboa: ENSP, 2009.
- § ORDEM DOS ENFERMEIROS – Desenvolvimento Profissional – Individualização das Especialidades em Enfermagem: Fundamentos e Proposta de Sistema. 2007. [Em linha]. [Consult. 2010-04-03]. Disponível em WWW: <[URL http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/MDPIndividualizacaoEspecialidades.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/MDPIndividualizacaoEspecialidades.pdf)>.
- § ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros**. [Em linha]. [Consult. 2010-03-28]. Disponível em WWW <[URL http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=168](http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=168)>.
- § PEREIRINHA, José A. [et. al.] – **Género e Pobreza: Impacto e determinantes da Pobreza no Feminino**. CIG: Lisboa, 2007.
- § PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-84-3.

- § PLANO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL 2007-2016. "DR I Série". N.º 47 (08/03/06), p. 1395-1409.
- § PORTUGAL. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social – Estratégia Nacional Para a Integração de Pessoas Sem Abrigo: Prevenção, Integração e Acompanhamento 2009-2015. Lisboa: MTSS, 2009. 58 p.
- § QUEIRÓS, Ana A. – **Empatia e Respeito: Dimensões Centrais na Relação de Ajuda**. Coimbra: Quarteto Editora, 1999. ISBN 972-8535-03-1.
- § ROGERS, Carl – **Tornar-se Pessoa**. Lisboa: Padrões Culturais Editora, 2009. ISBN 978-989-8160-46-1.
- § SEQUEIRA, Carlos – **Introdução à Prática Clínica: do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica**. Coimbra: Quarteto Editora, 2006. ISBN 989-558-083-5.
- § UNIÃO EUROPEIA – **Livro Verde. Melhorar a saúde mental da população: rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia**. Bruxelas: UE, 2005.
- § WIRT, G. – Causes of Institutionalism: Patient and Staff Perspectives. [Em linha]. In **Issues in Mental Health Nursing**. May 99, Vol. 20 Issue 3, p. 259-274. [Consult. 2010-04-10]. Disponível em WWW: <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=16&hid=2&sid=7e5f8903-9148-4886-8de9-8d8016036699%40sessionmgr102>.