



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Eduardo José Vicente Vaz

LISBOA, Outubro de 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Eduardo José Vicente Vaz

Sob orientação da Professora Alexandra Sarreira Santos

LISBOA, Outubro de 2012

RESUMO

O presente relatório descreve o meu percurso realizado no Estágio, as experiências que vivi, o trabalho que desenvolvi, os conhecimentos que aprendi e acima de tudo o que modifiquei em mim e nos outros nas vertentes da promoção de estilos de vida, diagnóstico, prevenção, reabilitação e reinserção da pessoa com a doença mental.

A relação interpessoal enfermeira – utente é base para a manutenção e/ou recuperação da saúde, pelo que todas as intervenções realizadas tiveram como base este pressuposto.

No âmbito da intervenção em situação de crise, fiz uma reflexão do percurso profissional pessoal na área de saúde mental e psiquiatria, de forma a tomar consciência das competências especializadas adquiridas.

Na vertente de reabilitação e reinserção social participou-se na construção e reformulação de planos individuais de reabilitação e desenvolveu-se um projecto que visou o estímulo cognitivo, contribuindo para a reabilitação psicossocial do doente internado na Unidade de Reabilitação I em Leganés - Madrid.

Na área da promoção da saúde, diagnóstico e prevenção de utentes Sem Abrigo, foram identificados problemas e/ou eventuais áreas de intervenção e feita a avaliação do estado de saúde geral dos mesmos. Toda a actuação foi direccionada para a educação para a saúde e realizou-se no “aqui e agora”. Foi também criada uma consulta de enfermagem, sediada no Centro Porta Amiga das Olaias, aberta a toda a população que frequenta o centro.

As actividades/intervenções realizadas contribuíram para o autoconhecimento e compreensão das intervenções terapêuticas eficazes na promoção e protecção da saúde mental, na prevenção da doença, no tratamento e na reabilitação objectivando a adequação das respostas da pessoa/doente/família face aos problemas relacionados com a doença mental.

Palavras chave: Doença mental, relação interpessoal, intervenções de enfermagem

ABSTRACT

This report describes what I did in my Internship, my experiences, the work developed, the knowledge obtained and most importantly what changed in myself and on the others including in the promotion of healthy lifestyles, prevention, diagnosis, rehabilitation and reintegration of the persons with mental disease.

The therapeutic relationship between nurse and patient is the basis for maintaining and/or restoring the health. All interventions realized were based on this concept. As part of the intervention in a crisis situation, it was performed a reflection about personal career in the area of mental health and psychiatry, in order to understand the expertise acquired.

In terms of rehabilitation and reintegration into the society, we proceed to a construction and redesign individual rehabilitation plans and it was developed a project which aimed a cognitive stimulation, contributing to psychosocial rehabilitation of patients hospitalized in the Rehabilitation Unit I in Leganés - Madrid.

Concerning health promotion, diagnosis and prevention, i worked with homeless patients, performing an assessment of their overall health status and thus indentifying priority areas of intervention. All the action was directed towards education for health and was put in practice on sessions held personally and individually. It was also created a Nursing Consultation Office, in Olaias's Centro Porta Amiga, open to all population.

The activities / interventions performed contributed to self-knowledge, as well as to the understanding of effective therapeutic interventions in promotion and protection of mental health, disease prevention, in treatment and rehabilitation, always aiming at the adequacy of strategies towards the person / patient / family in the resolution of the problems related with mental health.

Keywords: Mental health, interpersonal relationships, nursing interventions

AGRADECIMENTOS

Este espaço é destinado a agradecer àqueles que directamente ou indirectamente me ajudaram a percorrer mais uma etapa da minha vida.

Em primeiro lugar quero agradecer à minha família pelo amor incondicional, pelo apoio e porque sem eles não seria quem sou.

Ao companheiro e amigo Luís Esteves pela motivação, compreensão e apoio dado.

À Professora Alexandra Sarreira Santos, a quem agradeço o apoio, a partilha de saberes e a orientação prestada;

Ao enfermeiro e tutor José Manuel Garcia Trancón e a toda a Equipa da UR I, pela orientação, carinho e por me terem acolhido tão bem.

À equipa do Centro Porta Amiga das Olaias, em especial à Equipa de Rua que me acolheu e proporcionou um óptimo estágio.

Às Enfermeiras Maria Isabel Pereira, Sara Silva e Carmen Marques pela disponibilidade e atenção concedida.

Por último, mas não menos importante, agradeço aos meus amigos, colegas de trabalho e a todos os professores que comigo partilharam do seu saber.

A todos, **“Muito Obrigado”**.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	7
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	9
1.1. MODELO DE INTERVENÇÃO – JEAN WATSON	9
1.2. TEORIA DAS RELACÇÕES INTERPESSOAIS DE HILDEGARD PEPLAU	11
2. PARALELISMO ENTRE OBJECTIVOS DELINEADOS, ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E GANHOS EM SAÚDE PARA O UTENTE	14
2.1. MÓDULO II.....	14
2.2. MODULO III –REABILITAÇÃO E REINSERÇÃO.....	17
2.2.1 Descrição do Contexto de Estágio	17
2.2.2. Objectivos, Actividades Desenvolvidas e Ganhos em Saúde	19
2.2.3. Reflexão Final	26
2.3. MODULO I – PROMOÇÃO DE ESTILO DE VIDA, DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO – EQUIPA DE RUA DA FUNDAÇÃO AMI.....	29
2.3.1. Descrição do Contexto de Estágio	29
2.3.2. Objectivos, Actividades Desenvolvidas e Ganhos em Saúde	31
2.3.3. Reflexão Final	41
3. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.....	43
4. CONCLUSÃO.....	45
5. BIBLIOGRAFIA	48

ANEXOS

Anexo I – Apresentação da Unidad de Rehabilitación I

Anexo II – Reflexão “A pensar sobre... Reabilitação em Psiquiatria”

Anexo III – Reflexão: “O Resto ainda é Muito... Uma reflexão sobre esquizofrenia”

Anexo IV – Reflexão: “A pensar sobre cuidar em reabilitação... Uma simples ida ao cinema”

Anexo V – *Cuaderno Para El enfermero Interno Residente (Salud Mental)*

Anexo VI – *Caso Clínico – Un paciente con Trastorno dismórfico corporal*

Anexo VII - *Proyecto de Intervención - Una aplicación de los Cuentos Para Pensar de Jorge Bucay*

Anexo VIII – Tabelas de Registo da Aplicação do *Proyecto de Intervención*

Anexo IX – Formação em serviço – Avaliação do Estado Mental

Anexo X – Panfleto *Ajude-nos a Ajudá-lo.*

Anexo XI – Descrição das intervenções realizadas com a equipa domiciliária

Anexo XII – Projecto de Intervenção A Consulta de Enfermagem

Anexo XIII – Cartaz informativo do rastreio de tuberculose

Anexo XIV – Reflexão: Os sem-abrigo – Conceitos e definições

Anexo XV – Reflexão: Doença Mental e Sem-Abrigo. Um processo cíclico

INTRODUÇÃO

O presente relatório constitui uma unidade curricular inserida no Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e refere-se ao culminar de um longo percurso de aprendizagem realizado por mim para obter o grau de especialista em enfermagem na área referida.

Desta forma, o presente trabalho não é mais do que um relato do percurso realizado para o qual defini os seguintes objectivos:

- Analisar os objectivos elaborados no projecto e o trabalho desenvolvido para os atingir;
- Evidenciar a pertinência dos objectivos traçados durante os módulos e as actividades desenvolvidas para a sua concretização;
- Reflectir sobre as intervenções realizadas no estágio com vista a obter ganhos em saúde para utente/família/comunidade, para uma assistência em enfermagem avançada na área de psiquiatria e saúde mental.

Esta diegese está estruturada em três partes:

Na primeira parte faz-se um enquadramento teórico, que foi necessário à elaboração e execução das actividades desenvolvidas;

Na segunda parte faz-se um paralelismo entre os objectivos delineados, as actividades desenvolvidas, avaliação das mesmas e ganhos em saúde nos três módulos de estágio realizados.

Na terceira parte é realizada uma reflexão sobre as competências adquiridas durante este percurso e procede-se por último à conclusão do relatório.

Na referência ao módulo II, que me foi creditado, são expostas as razões da creditação e as respectivas competências adquiridas.

O Módulo III realizou-se no *Instituto Psiquiátrico de Servicios de Salud Mental José Germain*, na cidade de Madrid em Espanha, mais propriamente na *Unidad Hospitalaria de*

Tratamiento e Rehabilitación I (UR I); no período de 20 de Abril a 20 de Maio de 2011, com um total de carga horária de 180 horas de contacto.

A escolha deste local de estágio deveu-se a uma necessidade pessoal e profissional em tentar perceber uma realidade diferente da realidade portuguesa, conhecer a intervenção da enfermagem na reabilitação em psiquiatria em Espanha e compreender como o doente mental é encarado pela cultura e legislação madrilenha. Também optei por este país por dominar o castelhano o que facilitaria a comunicação e as actividades que pretendia realizar.

Para realizar o módulo I foi preponderante a sugestão da Professora Sarreira Santos que veio a indicar-me o Centro Porta Amiga das Olaias da AMI (Assistência Médica Internacional) e pareceu-me, pela população alvo e pela minha experiência com a mesma ser reduzida, ser o contexto de estágio ideal para desenvolver a minha aprendizagem. Desta forma, desenvolvi o estágio de promoção da saúde, diagnóstico e prevenção em estreita colaboração com a respectiva Equipa de Rua, o que veio a constituir um estimulante desafio dada a minha inexperiência no trabalho com pessoas carenciadas ou sem-abrigo.

O presente relatório é desenvolvido de acordo com a metodologia descritiva, reflexiva e analítica seguindo a norma portuguesa 405 da de referência bibliográfica para elaboração de trabalhos escritos. Destaco ainda que, no presente momento de formação com vista a adquirir as competências inerentes ao enfermeiro especialista, tal como da minha prática clínica habitual está o respeito pelo código deontológico do enfermeiro (Decreto Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro).

Embora as directrizes da OE, em concordância com o código deontológico do enfermeiro, preconizem a utilização do termo “pessoa”, por uma questão prática será utilizado o termo “utente” ao longo deste documento. Outro termo utilizado em citações e referências é apenas uma maneira de me manter fiel ao dito pelo autor. Importa ressaltar no entanto, que este termo utente toma contornos diferentes nos diferentes módulos. No módulo III, a população abrangida é constituída por utentes em fase de reabilitação, enquanto no módulo I é feita referência ao utente carenciado ou sem-abrigo.

Por último é importante referir que este relatório teve por base o projecto delineado anteriormente, o guia de estágio da UCP, as competências gerais do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiatria.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Em qualquer trabalho realizado está subjacente um quadro teórico que alicerça toda a sua execução propriamente dita. Quanto mais consistente for esse quadro mais fundamentada e reflectida será a actividade desenvolvida e as conclusões obtidas.

Este ponto refere-se à teoria subjacente que orientou os meus estágios nos diferentes módulos.

Muitas teorias e modelos teóricos de enfermagem guiaram o meu desempenho mas os conceitos previamente adquiridos e as experiências vivenciadas foram essenciais e constituíram bases sólidas na minha aprendizagem. Desta forma, vou destacar neste ponto A Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau (1990) e vou referir-me ao Modelo de Intervenção de Jean Watson.

1.1. MODELO DE INTERVENÇÃO – JEAN WATSON

“A cura da doença é do domínio da Medicina, enquanto o Cuidar diz respeito à Enfermagem”.(Watson 1985)

A enfermagem psiquiátrica é um “...processo interpessoal que promove e mantém um comportamento no utente, contribuindo para o seu funcionamento integrado. O utente pode ser um indivíduo, uma família, um grupo, uma organização ou uma comunidade. Para os enfermeiros, é o ser humano em toda a sua força e vulnerabilidade que constitui o objecto da sua competência (Silva 2002) em que “a prática do cuidar é vital para a enfermagem” Watson (cit. por Tomey e Alligood 2004, p.169)

Watson salienta que o enfoque da enfermagem está nos factores de cuidados resultantes da perspectiva humanista da mesma combinada com conhecimentos científicos. Sugere que o cuidado que é baseado em comportamento altruísta pode ser desenvolvido através do exame dos próprios pontos de vista da pessoa. Considera também que o principal objectivo da Enfermagem é a excelência do cuidado ao utente que se alcança através de uma abordagem sistemática da metodologia científica.

Os enfermeiros orientam as suas acções/intervenções pelos princípios estruturantes de modelos teóricos de enfermagem através das quais promovem a identidade profissional e explicam o trabalho realizado. Partilhando do anteriormente exposto, durante o estágio desenvolvi a minha prática baseada num “grupo de conceitos relacionados que sugerem acções para conduzir a prática” (Tomey e Alligood 2004, p.7) – cuidar, pessoa, ambiente e enfermagem – de acordo com o modelo de intervenção de Jean Watson. A mesma autora define os conceitos supracitados da seguinte forma:

“cuidar é o ideal moral da Enfermagem por meio do qual o fim é protecção, realce e preservação da dignidade humana. HumanCare envolve valores, uma vontade e um compromisso para com o Cuidar, conhecimento, acções de Cuidar e consequências [...] a Pessoa é valorizada em si mesma e para si mesma para ser cuidada, respeitada, nutrida, compreendida e auxiliada... como um ser completamente integrado funcionalmente. O homem é visto como maior e diferente que a soma de suas partes [...] ambiente de cuidar proporciona o desenvolvimento do potencial, enquanto permite que a pessoa escolha melhor acção para si num dado momento [...] Enfermagem é uma ciência humana de pessoas e experiências de saúde-doença humanas que são mediadas pelas transacções de cuidado profissionais, pessoais, científicos, estéticos e éticos”(Watson citado por Tomey e Alligood 2004, p.169).

Segundo Watson (1985) o enfermeiro incumbe o fornecimento de apoio e protecção, com tomada de decisão científica. Ao utente, cabem experiências positivas responsáveis por mudanças, as quais podem levar à satisfação das necessidades humanas e ao processo de ser saudável. Nesta linha de pensamento, o enfermeiro quando cuida entra no campo fenomenológico da pessoa, detecta, avalia e dá resposta às necessidades identificadas para dar início ao processo do cuidar orientados por dez factores cuidativos (Watson 1985) a referir:

“Formação de um sistema de valores humanista-altruísta; Instilação (promoção) de Fé- Esperança; Desenvolvimento da sensibilidade face a si mesmo (self) e face aos outros; Estabelecimento da relação de ajuda/confiança; Promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos; Uso sistemático do método científico na resolução de problemas para a tomada de decisão; Promoção do ensino/ aprendizagem interpessoal; Promoção de um ambiente de apoio e/ou correcção mental, físico, sociocultural e espiritual; Assistência com a satisfação das necessidades humanas e o Reconhecimento de forças existenciais fenomenológicas”.

Nesta sequência, para compreender o processo terapêutico interpessoal (enfermeira – pessoa) as actividades desenvolvidas durante o estágio nas duas áreas de intervenção – Sem Abrigo e Reabilitação em Saúde Mental - foram guiadas pelos dez factores cuidativos identificados. Procurei desta forma, dar resposta aos objectivos definidos para o ensino clínico e adquirir

competências (científica, técnica e humana) de enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria. Os cuidados prestados estão “...relacionado com a resposta intersubjectiva à saúde – doença, interacção pessoa – ambiente, um conhecimento do processo de Cuidar em Enfermagem, autoconhecimento e conhecimento do seu próprio poder... o fim é protecção, realce e preservação da dignidade humana”. Watson (citado por Cohen 1991).

1.2. TEORIA DAS RELACÇÕES INTERPESSOAIS DE HILDEGARD PEPLAU

De raízes psicodinâmicas, Peplau (1990) desenvolveu a Teoria das Relações Interpessoais, aplicando-a à prática de enfermagem, mais propriamente à relação enfermeira-utente. A autora define enfermagem como uma “relação humana entre uma pessoa que está doente, ou necessita de serviços de saúde, e uma enfermeira com uma formação especializada para reconhecer e responder à necessidade de ajuda”. (Peplau, 1990; p.5). É a luz desta linha de ideias que poderá afirmar-se com segurança que a enfermagem é um processo interactivo e interpessoal e que a relação interpessoal é aquela que duas pessoas chegam a conhecer-se o suficiente de forma a conseguirem enfrentar os problemas que surgem de uma forma cooperativa.

Peplau (1990) refere que existem duas categorias gerais que resumem as condições de interacção essenciais para a saúde:

- As necessidades fisiológicas de um organismo humano que exigem a manipulação das condições materiais em benefício do bem-estar de um individuo ou grupo;
- As condições interpessoais, que são individuais e sociais e que satisfazem as necessidades da personalidade e permitem a expressão e uso de capacidades de forma produtiva.

A enfermagem, segundo a Teoria das Relações Interpessoais, antes de mais é um processo, pelo que a natureza seriada e dirigida a um fim exige certas fases, acções, operações e realizações que se produzem entre a enfermeira e o utente assistido.

“Cada fase caracteriza-se por papéis ou funções sobrepostas em relação aos problemas de saúde à medida que a enfermeira e o paciente aprendem a trabalhar conjuntamente para resolver as dificuldades. Cada fase define as tarefas e papéis exigidos à enfermeira em diferentes situações. As quatro fases diferenciadas observam-se em todas as actuações de enfermagem”. (Peplau 1990, p.15).

Essas quatro fases são: orientação, identificação, exploração e resolução.

Na fase de orientação o utente tem uma necessidade sentida que identifica e que o leva a procurar ajuda de um profissional. A enfermeira ajuda o utente a reconhecer e compreender o seu problema e a determinar a sua necessidade de ajuda.

Na identificação, como o próprio nome indica o utente identifica-se com quem o pode ajudar, estabelecendo assim a relação. A enfermeira permite a exploração de sentimentos para ajudar o utente a passar pela doença como uma experiência que reorienta os sentimentos, fortalece as forças positivas da personalidade e fornece a satisfação necessária.

Durante a fase da exploração, o utente tenta retirar toda a mais-valia da relação estabelecida. A enfermeira ajuda a projectar novos objectivos a atingir através do esforço pessoal e de deslocações do poder da enfermeira para o utente, à medida que este retarda a gratificação para atingir os objectivos recém-propostos.

Por último na fase da resolução, o utente abandona gradualmente os objectivos antigos e adopta novos. Este é um processo no qual se dá a libertação da identificação anteriormente feita. (Tomey e Alligood 2004)

Durante este processo interrelacional entre a enfermeira e o utente, esta poderá desempenhar vários papéis, Peplau (1990) resume-os nas seguintes categorias:

- Estranho. No início da relação, a enfermeira e o utente são dois estranhos pelo esta deverá guiar-se pelo princípio de que o respeito e o interesse positivo atribuído a um estranho é ao início impessoal e inclui as mesmas diligências habituais que se oferecem a um novo convidado em qualquer situação. Este princípio implica: 1) aceitar o paciente como é, e 2) tratar o paciente como um estranho emocionalmente apto e relacionar-se com ele sobre esta base, enquanto a evidência não demonstre que deve ser de outro modo. (Peplau 1990, p. 38).

- Pessoa de recurso – fornece a informação específica e necessária que ajuda o utente a entender os seus problemas e a nova situação.

- Conselheiro – valorizado pela autora na enfermagem psiquiátrica

“ O aconselhamento na relação enfermeira-doente funciona pela forma como as enfermeiras respondem aos pedidos dos utentes. Peplau diz que o propósito das técnicas interpessoais é ajudar “o doente a lembrar e a compreender totalmente o que lhe está a acontecer na sua situação actual, de modo a que a experiência possa ser integrada em vez de dissociada de outras experiências de vida”. (Tomey & Alligood. 2004; p. 428)

- Professor – identifica as necessidades de aprendizagem e fornece informações ao utente, família e comunidade que podem ajudar na melhoria de uma situação de vida. O ensino inicia-se sempre a partir do que o utente conhece e desenvolve-se em torno do seu interesse de querer e ser capaz de utilizar a informação clínica adicional. (Peplau 1990)

- Líder – dirige a interacção enfermeira – utente e assegura-se que são tomadas as acções apropriadas para facilitar o alcance dos objectivos designados (Townsend 2011) ou

ajuda o utente, de forma democrática, a cumprir as tarefas através de uma relação de cooperação e de participação activa. (Tomey & Alligood 2004).

- Perito técnico – “entende os vários aparelhos profissionais e possui as capacidades clínicas para efectuar intervenções que são do interesse do utente”. (Townsend 2011; p. 45)

- Substituto – muito frequentemente, o utente considera inconscientemente a enfermeira como outra pessoa distinta, não a percebe como a pessoa que é. Uma enfermeira pode simbolizar uma figura materna, substituir uma irmã, ou personificar uma figura fora do agregado familiar e em vez de relacionar-se com a enfermeira tal como é, ou seja, o utente pode relacionar-se com ela nos termos de uma relação anterior (Peplau. 1990). “A função de enfermeira é de ajudar o doente a reconhecer as semelhanças entre a enfermeira e a pessoa de quem o doente se lembra. A enfermeira ajuda, então, o doente a ver as diferenças entre o papel de enfermeira e o da pessoa que o doente se recorda. Nesta fase, doente e enfermeira definem áreas de dependência, independência e interdependência”. (Tomey & Alligood 2004 p. 427).

A teoria de Peplau inclui a definição de tarefas psicológicas que o ser humano deve desempenhar nos estádios de desenvolvimento da personalidade descritos por Freud e Sullivan, de forma a atingir a maturidade. A enfermagem intervém no processo de desempenho dessas tarefas, auxiliando o utente a resolvê-las de forma a manter o equilíbrio e a saúde.

Em jeito de conclusão, pode evidenciar-se que a teoria de Peplau (1990) constituiu um marco importante na enfermagem psiquiátrica, pois para além de utilizar conceitos psicodinâmicos no processo interpessoal

“O Modelo de Peplau dá aos enfermeiros uma estrutura para interagir com os clientes, muitos dos quais estão fixados – ou regrediram devido a uma doença – num nível anterior de desenvolvimento. Sugere papéis que os enfermeiros podem assumir para ajudar os clientes a progredir e assim alcançar ou regressar ao seu nível apropriado de desenvolvimento. A progressão de desenvolvimento apropriada dota o indivíduo com a capacidade de confrontar os problemas recorrentes da vida”. (Townsend 2011, p. 47)

2. PARALELISMO ENTRE OBJECTIVOS DELINEADOS, ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E GANHOS EM SAÚDE PARA O UTENTE

Como refere Sussams (1987), o relatório consiste num documento definitivo, o produto final de um trabalho e tem duas finalidades. Primeiro, fornece um relato permanente de um estudo, de uma pesquisa ou de um trabalho e segundo, fornece informação, tomada de decisões, e responsabiliza quem o apresenta. Logo este capítulo constitui o verdadeiro cerne de um relatório pois é nele que são descritos os vários módulos do estágio, o seu âmbito e as escolhas que daí decorreram, explanando as intervenções desenvolvidas, bem como a fundamentação das decisões clínicas tomadas, estruturando-as e enquadrando-as nos devidos constructos teóricos que as suportam, sem esquecer a avaliação dos seus subsídios terapêuticos para o utente.

2.1. MÓDULO II

O módulo II do estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica foi-me creditado atendendo à minha experiência profissional adquirida ao longo de oito anos de trabalho com utentes com patologia psiquiátrica em fase aguda. Este trabalho foi desenvolvido no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar da Cova da Beira e posteriormente no extinto Hospital Miguel Bombarda e Hospital Júlio de Matos.

Naturalmente que não tenho a pretensão que a condição temporal seja significativa de experiência e competência, no entanto, acredito que este tempo no qual desenvolvi o meu trabalho na área da saúde mental e psiquiatria me permitiu adquirir competências especializadas assim como promoveu um investimento na área que se coaduna com as mesmas.

Estas experiências vividas nos diferentes campos de aprendizagem permitiram armazenar conhecimentos para aprimorar os cuidados prestados, identificar precocemente

necessidades afectadas e actuar em situações emergentes sem recorrer à consulta bibliográfica.

Quanto às competências, estas transcendem a teoria, isto é, embora adquiridas na prática mas com base teórica, estas competências permitem à enfermeira especialista actuar de forma mais intuitiva e imediata. Benner (2001, p.58) refere-nos que a “enfermeira perita, que tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis”.

Não é fácil justificar estas competências especializadas (descritas pela Ordem dos Enfermeiros), como salienta Benner (2001) embora as enfermeiras peritas não sejam difíceis de reconhecer, as suas competências não podem ser apenas avaliadas pelos critérios habituais. Deve contudo acrescer-se uma perspectiva interpretativa destinada a descrever a prática dos cuidados de enfermagem, assim como as perspectivas qualitativas de avaliação.

Neste sentido, sem haver a intenção de me considerar perito, quero apenas relatar a minha experiência que permitiu a minha creditação do Estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria – Módulo II e justificar a aquisição de competências especializadas na área.

Quando iniciei a minha carreira no Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria no CHCB (Centro Hospitalar Cova da Beira), recém-licenciado, a minha visão do utente psiquiátrico era marcada pelo receio. Receio esse baseado em estigmas culturais e sociais governados pela violência gratuita e manipulação. A minha postura demonstrava alguma insegurança e a minha actuação era reflectida sempre à luz das teorias recentemente estudadas na escola. Juntamente a esta desconfiança também se erguia uma utopia, característica de grande parte dos iniciados (utilizando a nomenclatura de Benner) de querer mudar o que considerava “estar mal” e que muitas vezes era feito pelos colegas de trabalho experientes. Considero, agora, que possuía uma visão rígida das situações e que devido à falta de experiência, era muito difícil implementar o que aprendi nos livros, na prática do dia-a-dia.

Esta visão do utente psiquiátrico foi-se esbatendo com a prática, aprendi a ouvir e a observar a actuação dos peritos, transformei os meus objectivos e relativizei as situações. Tentei tornar-me competente na prestação dos meus cuidados. Depois de três anos a trabalhar na área, já me era relativamente fácil identificar quais as situações mais exigentes e onde deveria focar a minha intervenção. Apreendi muito com os meus colegas de trabalho e tentei

absorver o mais que pude das suas experiências que frequentemente percepcionava ou me eram relatadas.

Consegui perceber que as linhas orientadoras da teoria eram importantes mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria.

Após três anos a desempenhar funções no Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria do CHCB iniciei funções no Hospital Miguel Bombarda. Considero que foi neste Hospital que desenvolvi as minhas competências especializadas. Apreendi com facilidade as rotinas do serviço, integrei-me de imediato na equipa e fiz-me acompanhar de peritos na área para poder aprender o mais que podia.

Embora a minha visão do utente psiquiátrico já não fosse cunhada pelo receio, a capacidade de avaliação das situações ainda não estava totalmente desenvolvida. Foi necessário crescer como pessoa e como profissional para que esta capacidade pudesse aperfeiçoar-se. Dois grandes motivos contribuíram para isso acontecer: uma equipa multidisciplinar coesa, experiente e proactiva, e as características dos utentes internados no serviço: utentes em fase aguda da doença provenientes do serviço de urgência do Hospital Curry Cabral, que apenas tinham sofrido uma primeira abordagem. As condições para que as minhas competências se desenvolverem estavam reunidas, e na minha percepção individual, acho que as aproveitei. Foi sem dúvida um terreno fértil para aprendizagens e experiências e, em jeito de metáfora, penso que as competências especializadas foram os frutos que colhi.

Algum tempo depois de ter iniciado as minhas funções como enfermeiro no Hospital Miguel Bombarda, já conseguia realizar uma avaliação do estado mental do utente, identificava alterações de comportamento, percepção e pensamento, tentava com algum sucesso realizar diagnósticos de enfermagem, estabelecia relações terapêuticas com os utentes, identificava *focus* de atenção e actuava conforme e era solicitado frequentemente pela equipa multidisciplinar para dar o meu parecer. Actuava “intuitivamente” e eficazmente em situações emergentes, entre outras coisas que penso que eram suficientes para justificar a minha creditação do módulo.

Para terminar quero apenas referir que vivi muitas experiências com utentes, famílias e grupos na área da saúde mental e psiquiatria que me fizeram crescer a acreditar que desenvolvi competências especializadas mas que seria impossível aqui enumerá-las e descrevê-las, no entanto penso que Stuart e Laraia (2001, p.39) resumem de forma explícita a prática de enfermagem psiquiátrica e reflectem a minha experiência, ao referirem que se divide em “três domínios: cuidados directos, comunicação e manejo. Dentro destes domínios

sobrepostos da prática, são expressadas as funções de ensino, de coordenação, de delegação e de colaboração”.

2.2. MODULO III – REABILITAÇÃO E REINserÇÃO

O Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) Português compreende que existem quatro grandes desafios para a Organização dos Serviços de Saúde Mental de Adultos (Lei nº 36/98, de 24 de Julho e Decreto-Lei nº 35/99, de 5 de Fevereiro) e entre eles existe um desafio direccionado para a reabilitação, que passo a citar:

“Desenvolver serviços e programas para a reabilitação e desinstitucionalização de Doentes Mentais Graves (DMG)”.

Perante este desafio faz todo o sentido que o Curso de Especialização de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica da Universidade Católica Portuguesa inclua na sua estrutura curricular um período de estágio direccionado para a reabilitação e reinserção do utente com patologia mental.

O Módulo III refere-se a essa unidade curricular, que no meu caso foi realizada em Madrid no *Instituto Psiquiátrico de Servicios de Salud Mental José Germain na Unidad de Rehabilitación I*.

Como indica Regis Mackenzie (1979) referenciado por Kemp e Richardson (1995, p.50) “A componente estrutural da garantia da qualidade é tão essencial como as componentes do processo e dos resultados. Estes três elementos são essenciais, sempre que se pretenda desenvolver um sistema. Um tem que complementar o outro; sem um os outros não são possíveis”. Sendo assim, pareceu-me importante iniciar este capítulo com a descrição do contexto de estágio.

2.2.1 Descrição do Contexto de Estágio

Os autores supra referenciados citam Donabedian (1969) salientando que

“A avaliação da estrutura consiste na valorização dos meios para a prestação de cuidados e na sua organização. Inclui as instalações, o equipamento, o pessoal e o financiamento. Constitui a abordagem mais importante para o estudo das especificações com vista a avaliação, verificação ou reconhecimento de valor. Pressupõe que uma vez satisfeitas certas condições específicas, é natural que daí resultem bons cuidados.” (Kemp & Richardson. 1990, p.51)

Considerando esta definição como premissa, passo a apresentar o contexto de estágio onde se desenvolveu a minha aprendizagem.

O Instituto Psiquiátrico *Servicios de Salud Mental José Germain* nasceu com este nome em 1991 mas a sua origem remonta a 1851 designado por Casa de Dementes Santa Isabel de *Leganés*.

Como rede de serviços de Saúde mental consta de diferentes Unidades e Serviços distribuídos pelo município de *Leganés* e colabora com outras unidades que se encontram localizadas no município de *Fuenlabrada*.

Em *Leganés* encontram-se as seguintes instalações: Edifício de Direcção e administração, Biblioteca e Sala de Ensino, um Hospital de Dia, um Centro de Saúde Mental, duas Unidades de Reabilitação e Tratamento, um Centro Ambulatório de Reabilitação e Tratamento, sete Pisos Supervisionados, uma Unidade Residencial e um Edifício Multiusos.

O Instituto Psiquiátrico trabalha em coordenação com o Centro de Saúde Mental de *Fuenlabrada* situado no Centro de especialidades “El Arroyo”. Também colabora com a *Unidade de Psiquiatria do Hospital de Fuenlabrada* e com a *Unidade de Psiquiatria do Hospital Severo Ochoa*.

O meu campo de estágio é a *Unidad Hospitalaria de Tratamiento e Rehabilitación I* (UR I) que é definida como uma unidade hospitalar com atenção clínica e cuidados mínimos de saúde. O seu objectivo é o tratamento e a reabilitação da pessoa com doença mental grave que precisa de alojamento e supervisão contínua.

O tempo de estadia é de aproximadamente 6 meses dependendo da evolução clínica e de reabilitação do utente. Atendem-se utentes, na sua maioria, resistentes ao tratamento, deterioração importante do funcionamento psicossocial e transtornos de conduta associados. Podem também, ser atendidos utentes que são internados por sentença judicial para cumprirem medidas de segurança enquanto seguem um programa de tratamento.

Na UR I estão envolvidos no processo de reabilitação dos utentes: sete enfermeiros do quadro da instituição (um enfermeiro chefe e seis especialistas), dois enfermeiros de cuidados gerais que desempenham funções por períodos de substituição, dezasseis auxiliares de enfermagem, três psicólogas, duas psiquiatras e uma terapeuta ocupacional.

Relativamente aos enfermeiros estão distribuídos em três turnos: três de manhã (8 – 15h), dois de tarde (15h – 22h) e um de noite (22h-8h).

A filosofia da UR I está direccionada para a reabilitação de utentes psiquiátricos com internamento de média duração, isto é, para o desenvolvimento de um programa de reabilitação individualizado com uma duração mínima de seis meses e máxima de dois anos.

Quanto a estrutura da Unidade realizei uma pequena descrição apresentada em anexo. (Anexo I)

2.2.2. Objectivos, Actividades Desenvolvidas e Ganhos em Saúde

Objectivos Gerais

A. Colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados especializados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica ao doente mental no seu processo de reabilitação e reinserção social.

Mais que integrar a equipa, foi importante a colaboração com ela sem ultrapassar limites de actuação e respeitando a área de competência de cada profissão. Foi importante reconhecer com humildade as minhas limitações e entender que muitas vezes a melhor escola é a experiência, pelo que colaborar foi ser permeável ao conhecimento dos restantes membros que constituem a equipa. Como refere Peplau (1990) a enfermagem é um processo significativo, terapêutico e interpessoal que funciona de forma cooperativa com outros processos humanos que fazem possível a saúde dos indivíduos no seio da comunidade.

O código deontológico justifica claramente este objectivo no art. 91.º: Dos deveres para com outras profissões, ao referir que:

Como membro da equipa de saúde, o enfermeiro assume o dever de:

- “a) Actuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma;*
- b) Trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde;*
- c) Integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços”.*

Por outro lado, o REPE (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro) também permite justificar este objectivo no artigo 8.º (Exercício profissional dos enfermeiros) alínea 3. “Os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional”.

Para atingir este objectivo foi necessário realizar um período inicial de integração das rotinas diárias dos enfermeiros da unidade como: preparação e administração de medicação, supervisão de cuidados de higiene, registos de enfermagem, realização de pensos, entre outras actividades comuns a todos os serviços e enfermeiros. Como refere Benner (2001) uma enfermeira perita num serviço poderá ser iniciada em outro serviço se os objectivos e os aspectos inerentes aos cuidados não lhe forem familiares. Pelo que considere este período fundamental para o meu estágio.

Também foi necessário apreender a filosofia da instituição assim como o funcionamento interno, de forma a compreender todo o processo de reabilitação de cada pessoa em separado, desde o momento de selecção e ingresso até ao momento de alta. Para entender todo este percurso visitei os diferentes dispositivos de reabilitação, procurei informação no site do Instituto, fiz algumas entrevistas não estruturadas em contexto informal à enfermeira directora do hospital e finalmente realizei uma reflexão que intitulei “A pensar sobre... Reabilitação em Psiquiatria” (Anexo II). Nesta reflexão, aprofundi os diferentes conceitos de reabilitação e considerei os diferentes dispositivos de reabilitação existentes assim como descrevi o programa de reabilitação do *Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain*.

Após este período de integração, para além do envolvimento nas rotinas diárias, participei activamente em reuniões (chamadas tutorias) onde se partilhavam informações sobre o estado clínico dos utentes, se debatiam assuntos de interesse para o processo de reabilitação de cada um e se projectavam novos planos de reabilitação. Algumas dessas reuniões, onde estava presente uma equipa multidisciplinar, foram conduzidas por mim, permitindo assim adquirir competências “do domínio da gestão de cuidados” propostas pela Ordem dos Enfermeiros (2010, p.4) para as competências comuns do enfermeiro especialista: “Gere os cuidados, optimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional”.

Durante o meu estágio também participei em actividades desenvolvidas pela equipa de enfermagem como ensinamentos de auto administração de terapêutica, saídas ao cinema e passeios de lazer que contribuíram para alargar os meus horizontes no conceito de reabilitação em psiquiatria. Para documentar estas actividades foram realizadas duas reflexões intituladas O Resto ainda é Muito... Uma reflexão sobre esquizofrenia (Anexo III) e A pensar sobre cuidar em reabilitação... Uma simples ida ao cinema (Anexo IV). Nestas reflexões foram abordadas diferentes vertentes do cuidar em saúde mental/ psiquiatria, focalizando que mesmo quando tudo parece perdido e sem solução, a enfermeira tem sempre um papel a desempenhar “com o seu sistema de valores humanístico-altruísta estimula a fé- esperança e cultiva a sensibilidade para si e para os outros visando a formação de uma relação de ajuda-confiança” (George *et al* 2000, p.255)

Descreveram-se alguns dispositivos de reabilitação que existiam na instituição como os apartamentos supervisionados e reflectiu-se sobre os mesmos como estratégias de integração do paciente mental na comunidade que estão muito bem desenvolvidas e

permitem que o doente seja mais autónomo, que a comunidade também contribua para a reabilitação do doente mental e se consiga diminuir o estigma do doente mental.

“O atendimento de enfermagem pode ser e é físico, de procedimentos, objectivo e factual, mas, no nível mais elevado da enfermagem, as respostas do cuidado humano, as transacções de cuidado humano e a presença das enfermeiras no relacionamento transcendem o mundo material físico limitado pelo tempo e pelo espaço e fazem contacto com o mundo emocional e subjectivo da pessoa como rota para o ser interior e o sentido mais alto do ser.” (George et al 2000, p.255)

A minha colaboração com a equipa também permitiu aos utentes ter ganhos em saúde, não só pela vantagem numérica da minha presença que permitia aos outros enfermeiros ter mais tempo para realizar outras actividades com eles mas também o contributo que alguma da minha experiência anterior poderá ter tido em benefício de quem é cuidado. A relação de ajuda, o aconselhamento e a realização de algumas actividades lúdicas com os utentes permitiram que fossem detectadas algumas necessidades afectadas dos utentes, a reformulação de PIRs, e em alguns casos a aquisição de competências funcionais para colmatar as necessidades afectadas.

Objectivos específicos

A. Colaborar nos “Programas de entrenamiento” desenvolvidos pelo programa de reabilitação e apoio comunitário do Instituto Psiquiátrico José Germain.

O Instituto Psiquiátrico José Germain tem unidades onde se implementam os chamados “Programas de entrenamiento”, que incluem a reabilitação cognitiva, o treino de habilidades sociais, programas de autocontrolo, educação para a saúde dos pacientes e psicoeducação de famílias, desenvolvimento de habilidades instrumentais básicas, actividades de orientação cultural e educação de adultos.

Segundo Cordo (2003) o que define a reabilitação não é o meio onde se faz, mas sim os métodos que se utilizam para atingir os objectivos. O mesmo autor diz-nos que

“Intervir em reabilitação, não é somente produzir (...) Implica aumentar a satisfação sentida pelo reabilitado; ajudá-lo a implementar estratégias para melhor gerir a sua realidade global, participar e promover a sua cidadania integral (...) é respeitar cada pessoa para além, ou apesar da doença; é assumir que o que importa não são só os serviços de reabilitação de que dispomos, mas os programas que conseguimos delinear, considerando cada indivíduo como primeira prioridade; é transformar a pessoa doente numa gestora consciente e crítica das suas competências e das suas incapacidades; é ainda informar sem iludir, motivar sem impor, sugerir sem ameaçar, apoiar sem proteger e tantas vezes, estar presente sem se deixar ver.” (Cordo 2003, p.83).

Ao assumir o compromisso de ajudar a pessoa no seu processo de reabilitação psicossocial, é necessário conhecer as diferentes estratégias da ajuda. Estes “programas de

entrenamiento” designados por Planos Individualizados de Reabilitação (PIR), ao constituírem uma visão integrada do cuidar permitem intervir em todas as áreas do indivíduo, pelo que faz todo o sentido ter o conhecimento e colaborar na execução destes programas.

O Plano Individualizado de Reabilitação é um plano estruturado, definido pela equipa multidisciplinar mas “formalizado no papel” pelos psicólogos. A sua aplicação envolve todos os profissionais e a constante avaliação da sua aplicação implica a sua frequente reestruturação.

O desenho do PIR apresenta o seguinte formato:

- 1 – necessidades do paciente;
- 2 – recursos do paciente;
- 3 – objectivos de reabilitação;
- 4 – actividades e áreas de intervenção;
- 5 – estruturação temporal.

A execução do PIR passa pela reabilitação laboral, a reabilitação psicossocial e a reabilitação ocupacional.

A reabilitação laboral está relacionada com as habilidades e ajuste laboral, com a orientação vocacional e a procura de emprego.

A reabilitação psicossocial tem como objectivos estimular a autonomia e autocuidado nas actividades da vida diária, desenvolver e estimular o funcionamento cognitivo, realizar educação para a saúde, desenvolver técnicas de autocontrolo, estimular as habilidades sociais, prevenir recaídas e intervir junto das famílias através da psicoeducação.

A reabilitação ocupacional como o próprio nome indica passa pelo desenvolvimento de actividades ocupacionais, o estímulo da autonomia e autocuidado e a adesão à medicação.

Para atingir este objectivo foi necessário consultar o PIR de cada utente, estudar a sua estrutura e posteriormente acompanhar o utente no desenvolvimento do plano, passando pelas actividades dentro e fora da unidade de forma a compreender toda a dinâmica necessária para a realização do mesmo.

Também realizei um estudo de caso (Anexo VI) sobre um utente com Transtorno dismórfico corporal, que me permitiu, para além de aprofundar conhecimentos sobre um tema pouco estudado por mim, também permitiu delinear um plano de cuidados constituindo assim um contributo muito importante para a execução do PIR.

Segundo Fortin (1999, p.165) *O estudo de caso é uma investigação aprofundada de um indivíduo, de uma família, de um grupo ou de uma organização.* Este aprofundar no conhecimento permite uma actuação mais eficaz no sujeito do estudo e culmina muitas vezes

no desenrolar de novas estratégias com evidentes ganhos em saúde. O mesmo autor especifica ainda que *Este tipo de investigação é útil para verificar uma teoria, estudar um caso que é reconhecido como especial e único (doença rara), explicar relações de causalidade entre a evolução de um fenómeno e uma intervenção.* (Fortin 1996.p. 164).

Este estudo de caso foi posteriormente apresentado à equipa multidisciplinar, havendo espaço para debate e reformulação do PIR do utente em análise. Permitiu também à equipa multidisciplinar encarar o utente numa perspectiva diferente, esclarecer dúvidas e alterar condutas e comportamentos terapêuticas. Após apresentação do estudo de caso foi alterado o PIR do utente, foram delineados novos objectivos mais realistas e uma nova estruturação temporal.

A realização deste estudo de caso também me permitiu estabelecer uma relação empática com o utente, envolver-me mais profundamente no seu processo de reabilitação e conseguir alguns ganhos para a saúde do mesmo através do aconselhamento. Na sua teoria da prática de enfermagem, Watson ao referir-se aos factores de cuidar enfatiza o desenvolvimento de uma relação de auxílio-confiança.

“A criação de uma relação de ajuda e confiança entre a enfermeira e doente é crucial para o cuidado transpessoal. Uma relação de confiança promove e aceita a expressão tanto dos sentimentos positivos como dos negativos. Envolve coerência, empatia, um calor humano não possessivo e uma comunicação eficaz. A coerência implica ser verdadeiro, honesto, genuíno e autêntico. A empatia é a capacidade para experimentar e por conseguinte, compreender as perspectivas e os sentimentos das outras pessoas e transmitir essa compreensão. O calor humano não-possessivo é demonstrado por um tom de voz moderado, uma postura aberta e descontraída, expressões faciais coerentes com outras comunicações. A comunicação eficaz tem componentes de resposta cognitivos, afectivos e comportamentais”. (Tomey& Alligood 2004, p. 168)

B. Desenvolver e/ou estimular competências sociais com os utentes no sentido de adquirir maior autonomia e reabilitação psicossocial.

Para atingir este objectivo foi necessário realizar uma pesquisa bibliográfica sobre o conceito de reabilitação em psiquiatria e mais especificamente sobre o conceito de enfermagem de reabilitação.

Segundo a OMS (1995) referenciada no Relatório sobre a Saúde no Mundo (2001, p.62), reabilitação em psiquiatria “é um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independentemente da comunidade. Envolve tanto um incremento de competências individuais como a introdução de mudanças ambientais.”

Numa mesma linha, o Relatório Mundial de Saúde (2001) refere que, “*as estratégias de reabilitação psicossocial variam segundo as necessidades do utente, o contexto no qual é promovida a reabilitação (hospital ou comunidade) e as condições culturais e socioeconómicas do país onde é levada a cabo. As redes de habitação, reabilitação profissional, emprego e apoio social constituem assim aspectos da reabilitação psicossocial. Os principais objectivos são a emancipação do doente, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria da competência social e individual e a criação de um sistema de apoio de longa duração*”.

Os dois conceitos supracitados indicam o carácter subjectivo da enfermagem de reabilitação, evidenciando a intervenção sobre as necessidades de cada utente mas sempre dentro de um contexto psicossociocultural com intuito de aumentar as suas competências sociais e individuais.

Já Hoeman (2000, p.3) refere que o conceito de enfermagem de reabilitação, “*se baseia em consistentes fundamentos teóricos e científicos na medida em que se trabalha para os utentes para:*

- *Definir objectivos para níveis máximos de independência funcional e actividades de vida diária*
- *Promover o autocuidado, prevenir complicações e posterior deficiência*
- *Reforçar comportamentos de adaptação positiva*
- *Assegurar a acessibilidade e a continuidade de serviços e cuidados*
- *Advogar uma qualidade de vida óptima*
- *Melhorar os resultados esperados*
- *Contribuir para reformas no carácter, estrutura e prestação de cuidados nos serviços de saúde.*

Invocando agora o modelo teórico pelo qual me guiei neste meu percurso, Peplau (1990) não fala de enfermagem de reabilitação propriamente dita, mas na sua definição de enfermagem o conceito encontra-se implícito: a enfermagem é uma relação humana entre uma pessoa que está doente, ou necessita de serviços de saúde, e uma enfermeira com uma formação especializada para reconhecer e responder a essa necessidade, trata-se portanto de um processo interactivo e interpessoal. (Peplau 1990, p. 5). “A enfermagem psicodinâmica está a ser capaz de compreender o comportamento de uns para ajudar os outros a identificar as dificuldades sentidas, e a aplicar os princípios de relações humanas aos problemas que surgem em todos os níveis da experiência”. (Tomey & Alligood 2002. p. 426).

Depois de apresentados os conceitos, foi necessário compreender toda a dinâmica interna tanto na UR I como nos restantes dispositivos de reabilitação. Cheguei á conclusão, após observação directa que a maior parte dos utentes tinham actividades fora da Unidade e só por algum motivo (como não cumprirem o contrato terapêutico que assinavam aquando do ingresso) ficavam na unidade, interditos de sair. Foi perante essa evidência que desenvolvi um projecto de intervenção que teve como objectivo central: Contribuir para o processo de reabilitação psicossocial estimulando, a nível cognitivo, os utentes internados na UR I. (Anexo VII)

Este projecto foi utilizado quatro vezes durante o meu estágio e todos os dados recolhidos foram registados na tabela construída para o efeito. (Anexo VIII). Os dados

recolhidos foram expostos nas reuniões clínicas e foram debatidos e estabelecidos novos PIRs (Planos Individuais de Reabilitação) com base na informação colhida.

O projecto em questão foi apresentado à equipa multidisciplinar e foi-lhes feita formação para dar continuidade ao mesmo.

Para os utentes, penso que este projecto trouxe grandes ganhos em saúde, pois para além de permitir colher dados sobre o utente que contribuem para avaliação do seu estado mental e promover a reflexão, a participação numa actividade conjunta promove a interacção social entre eles.

A minha contribuição para o processo de reabilitação psicossocial também passou pela participação em actividades desenvolvidas na UR I como uma ida dos utentes ao cinema (Anexo IV) e a uma excursão ao campo. Devo destacar a excursão como um momento em que me envolvi completamente, pois para além do processo de selecção dos utentes a participar nesta actividade, fui o único enfermeiro presente pelo que todo processo terapêutico e reabilitacional foi implementado por mim. Estiveram presentes quinze utentes no passeio, que aconteceu nas *Tablas de Aragüés*, tendo sido necessária muita disponibilidade, organização e controlo para que não acontecessem incidentes. Para manter a organização, à semelhança da ida ao cinema, responsabilizei alguns utentes pela contagem de todos elementos durante o passeio para que ninguém se perdesse e ficasse para trás. O pagamento do almoço também ficou a cargo dos utentes pois foi-lhes atribuída a tarefa de realizarem o pagamento com o próprio dinheiro e conferir o troco, estimulando assim a autonomia nas actividades de vida diária. A medicação foi previamente preparada por mim e foi administrada durante a hora da refeição. Os utentes com autoadministração foram responsabilizados pela preparação e toma da sua terapêutica.

Por último, foi dada a possibilidade de participarem na visita ao museu do parque e foram estimulados a participar nas actividades propostas no mesmo, dando-lhes a oportunidade de fazer perguntas, de responder quando sabiam a resposta e por último reforçavam-se esses mesmos comportamentos.

Durante a viagem também desenvolvi actividades de canto e de animação, promovendo a participação de alguns utentes em particular e reforçando esses mesmos comportamentos.

Estes passeios, são momentos propícios para desenvolver actividades de reabilitação psicossocial, pois os utentes encontram-se mais despertos para aprenderem e permitem um treino em contexto extra hospitalar, havendo assim um treino efectivo das competências sociais e claros ganhos em saúde.

Perante o exposto, considero o objectivo delineado atingido na totalidade.

2.2.3. Reflexão Final

Desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria direccionadas para a reabilitação e reinserção social constituiu o verdadeiro fim a que se propôs este módulo de estágio, no entanto direccionar apenas algumas actividades para justificar o mesmo torna-se inglório ou pouco exequível, pois todas as actividades desenvolvidas durante o meu período de estágio culminaram na aquisição destas competências.

Apoiado nas competências comuns do enfermeiro especialista, das competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, no plano de estudo da UCP e nos objectivos traçados pelo *Instituto Psiquiátrico de Servicios de Salud Mental José Germain* (Anexo V) envolvi-me directamente no PIR (Plano Individualizado de Reabilitação) de cada utente, tentei perceber as actividades que mesmo tinha que desenvolver dentro e fora da unidade e participei em todos cuidados prestados. Observei directamente, questionei e reflecti sobre o desempenho dos enfermeiros especialistas a trabalhar na unidade e nos pisos supervisionados, permitindo-me assim conhecer-me melhor e conhecer o trabalho especializado desenvolvido com utentes psiquiátricos em fase de reabilitação.

Todo este processo de aquisição de competências baseou-se no estabelecimento de uma relação interpessoal efectiva com o utente, o que me remete à Teoria de Peplau (1990). “Peplau diz que A enfermagem ajuda quando tanto o doente como o enfermeiro crescem como resultado da aprendizagem que ocorre na situação de enfermagem”. (Townsend 2011, p.44). Já Watson referenciada por Tomey & Alligood (2004, p. 167) referem esta aquisição de competências em todo o processo do cuidar, que “o reconhecimento dos sentimentos conduz à auto-realização através da auto-aceitação, tanto da enfermeira, como do doente. À medida que as enfermeiras reconhecem a sua sensibilidade e os seus sentimentos, tornam-se mais genuínas, autênticas e sensíveis aos outros”.

Portanto todo este meu crescimento pessoal e profissional deve-se ao contacto directo ou indirecto com o utente, com o “vestir” dos diferentes papéis que o enfermeiro pode desempenhar (utilizando a terminologia de Peplau) durante a relação enfermeiro – doente e na reflexão dos mesmos.

A escolha de outro país e de outra realidade para desenvolver este módulo, também é foco de reflexão essencial, porque o facto de ter desempenhado funções como enfermeiro

generalista em vários serviços psiquiátricos, permitiu-me verificar que as linhas orientadoras que regem os cuidados ao doente mental são semelhantes em todos os serviços portugueses, que embora, havendo ligeiras diferenças na filosofia de actuação, determinadas pelas instituições em que esses serviços estão inseridos, as premissas de actuação gerais são as definidas pela legislação em vigor.

Para reflectir sobre esta questão envolvi-me na filosofia da instituição, tentando compreender todo o processo formal da selecção, admissão, programa de reabilitação e inserção na comunidade do utente.

Foi também fundamental fazer uma pesquisa sobre a legislação relacionada com a saúde mental em Espanha e posteriormente compará-la com a legislação portuguesa.

No final do exercício, na minha perspectiva pessoal, a legislação vigente em Espanha, que em termos práticos está efectivamente aplicada, não difere muito da legislação portuguesa, visualizando um futuro do utente com patologia mental inserido na comunidade, com diminuição do tempo de internamento na fase aguda em hospitais centrais e valorizando o desenvolvimento de vários dispositivos de reabilitação.

La Comunidad de Madrid desde 1988 está desarrollando el Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica, dependiente actualmente de la Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Dicho Programa tiene como objetivo atender las necesidades sociales específicas de las personas con enfermedades mentales crónicas. Para ello, ha venido poniendo en marcha un conjunto de equipamientos de servicios sociales especializados de rehabilitación psicosocial, rehabilitación laboral, atención residencial y soporte comunitario orientados a favorecer y apoyar la integración social de dichas personas, trabajando de un modo complementario y coordinado con la red de servicios sanitarios de salud mental. El citado Programa viene pues a concretar en la Comunidad de Madrid la necesaria implicación y participación del sistema de Servicios Sociales, desde su nivel de Servicios Sociales Especializados, en la atención comunitaria a la población enferma mental crónica. (Decreto 122/1997, de 2 de octubre, por el que se establece el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención Social, Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario de Personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas, en diferentes centros de servicios sociales especializados).

Em Portugal, “A abordagem da Saúde Mental Comunitária dá cada vez maior ênfase à manutenção dos doentes na respectiva comunidade residencial, com promoção da sua autonomia e integração social, em vez de os confinar, mais ou menos de forma permanente, em instituições psiquiátricas”. (Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. p. 21).

No entanto “O modelo de gestão e financiamento dos serviços tem constituído outro constrangimento fundamental na evolução dos serviços de saúde mental. Ao colocar-se o centro dos serviços locais nos hospitais gerais, não cumprindo a determinação de os transformar em centros de responsabilidade, impediu-se qualquer tentativa consistente de desenvolvimento das redes de cuidados na comunidade”. (Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. p. 9).

Atendendo à minha experiência profissional e apenas numa perspectiva pessoal vou fazer uma comparação entre o meu campo de estágio e o serviço onde desempenhei funções anteriormente no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, pólo Júlio de Matos, no serviço 16-A e a UR I em *Leganés*- Madrid.

O serviço 16 A trata-se de uma Unidade Residencial direccionada para a reabilitação do utente com patologia mental. A admissão na unidade faz-se através da transferência de outros serviços, normalmente usando o critério de cronocidade e situação social do utente. Não existe um plano de reabilitação do utente, mas este é envolvido sempre que possível nas actividades desenvolvidas. Alguns utentes são estimulados a controlarem o seu dinheiro e a realizarem algumas actividades no hospital de dia. A actuação da enfermagem passa essencialmente por cuidados gerais como prestar cuidados de higiene, realizar pensos e administrar terapêutica, etc., pois para além de escasso número de enfermeiros na unidade também não existem enfermeiros especialistas no serviço.

Esta unidade é apenas um dos serviços do Centro Psiquiátrico de Lisboa e tenho conhecimento que (...) “existem também serviços específicos orientados para a reabilitação e integração do doente nas famílias e sociedades. O esforço desenvolvido por todos os profissionais deste hospital é notório, mas a batalha é dura quando se tem por inimigo o «monstro» do estigma”. (Pires 2010)

A UR I é uma unidade residencial de *media instancia*, isto é de tempo de internamento entre 6 meses a 2 anos. A admissão dos utentes faz-se por selecção dos utentes atendendo a sua capacidade e necessidade de reabilitação. Antes do internamento é feito um Plano Individual de Reabilitação (PIR) é apresentada a unidade ao utente e família. A entrada do utente faz-se mediante a assinatura de um contrato terapêutico, onde o doente assume o compromisso de cumprir o plano de reabilitação com consequências se não o fizer. Durante o internamento cada utente frequenta diferentes dispositivos de reabilitação adequados às suas necessidades e gostos, promovendo assim a sua autonomia. Todos os dispositivos de reabilitação estão em perfeita articulação, havendo duas reuniões semanais para avaliar o progresso dos utentes no PIR.

No entanto, como referi anteriormente, esta comparação não está sujeita a um estudo científico mas sim pela minha percepção individual dos dois contextos de trabalho e passou essencialmente por um processo reflexivo onde tentei integrar as experiências que vivi nos dois contextos e tentar contribuir para mudanças de comportamentos e/ou políticas da saúde implementadas em instituições onde poderei vir a desenvolver a minha actividade de enfermagem futura e assim fomentar ganhos em saúde para os utentes. Como refere Peplau

(1990, p.10) “As enfermeiras também compartilhem a responsabilidade de formulação, em cooperação com outros profissionais, de critérios para uma qualidade de vida desejável e para o desenvolvimento de políticas e planos para conseguir as condições que fazem possível a saúde”.

Em jeito de conclusão pode-se dizer que todas as reflexões realizadas, os projectos desenvolvidos e estudos feitos contribuíram para a aquisição competências especializadas, logo, de certa forma os ganhos em saúde para os utentes também são coincidentes com os subsídios ganhos com as actividades desenvolvidas para atingir os objectivos delineados. Poderei parecer um pouco pretensioso, mas considero que os principais ganhos em saúde serão revelados no futuro, pois a aquisição de competências especializadas irá contribuir para que a minha intervenção e prática de enfermagem sejam mais eficazes e eficientes.

2.3. MÓDULO I – PROMOÇÃO DE ESTILO DE VIDA, DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO – EQUIPA DE RUA DA FUNDAÇÃO AMI

O módulo I realizou-se no Centro Porta Amiga das Olaias da AMI e integrei a Equipa de Rua, no período 26 de Setembro a 19 de Novembro de com uma carga horária de 180 horas de contacto. À semelhança do Módulo anterior vou descrever o contexto de estágio em questão.

2.3.1. Descrição do Contexto de Estágio

O Centro Porta Amiga das Olaias é um dispositivo da AMI (Assistência Médica Internacional) em que a sua acção assenta em quatro grandes pilares: Assistência Médica, Acção Social, Ambiente e Alertar Consciências.

Está integrado na missão da mesma, que é uma “Organização Não Governamental (ONG) portuguesa, privada, independente, apolítica e sem fins lucrativos”. Fundada a 5 de Dezembro de 1984, pelo médico cirurgião urologista Fernando Nobre destina-se a intervir rapidamente em situações de crise e emergência e a combater o subdesenvolvimento, a fome, a pobreza, a exclusão social e as sequelas de guerra em qualquer parte do Mundo.

A AMI intervém a nível internacional e a nível nacional.

É pertinente referir o trabalho desenvolvido a nível nacional, pois foi este o integrante do meu estágio. A nível nacional a AMI desenvolve essencialmente acção social que tem como objectivo “promover e facilitar a inclusão e integração social de grupos com

dificuldades de inserção geradoras de fenómenos de pobreza persistente”. Esta acção social passa pela actuação de apoio de Equipas de Rua que têm como objectivo dar apoio social e psicológico às pessoas que se encontram a viver na rua através de uma intervenção multidisciplinar, que permita responder às suas necessidades afectadas e prevenir futuras formas de exclusão social; o apoio domiciliário que visa o apoio de pessoas que vivem sozinhas e estão afectadas a nível da mobilidade com o fornecimento de refeições, avaliar a sua condição física, mental e social de forma a detectar situações de risco e realizar a sua inserção social; possui ainda centros de apoio de combate à pobreza (Os Centros Porta Amiga), os abrigos nocturnos, residências e parcerias com outras instituições.

“O projecto Equipa de Rua foi iniciado em 2001 e pretende ir ao encontro da população sem-abrigo que permanece na rua, através de uma intervenção que permita responder às suas necessidades e prevenir futuras formas de exclusão social.

As Equipas multidisciplinares de Rua da AMI são projectos de dois Centros Porta Amiga. A Equipa de Rua de Lisboa, do Centro Porta Amiga das Olaias e a Equipa de Rua de Gaia e Porto, do Centro Porta Amiga de Gaia. As Equipas deslocam-se numa carrinha móvel que permite conceder apoio social, psicológico, e na área de saúde”.(AMI)

A Equipa de Rua de Lisboa actua nas freguesias de Beato; Santa Engrácia; Lapa; S. João; S. Nicolau; Santo Condestável; S. Jorge de Arroios; Graça; Coração de Jesus; Madalena; Marvila; Santa Maria dos Olivais; Alcântara; S. João de Brito e Alto do Pina.

A Equipa de Rua é constituída por três técnicos – um psicólogo, uma assistente social e um sociólogo – que foram também, os facilitadores deste momento de estágio. Com o apoio/intervenção multidisciplinar a equipa pretende identificar necessidades, dar respostas (às necessidades dos utentes) e prevenir a exclusão social criando estratégias para (re) inserir e encaminhar a pessoa privilegiando a relação de ajuda – confiança nas acções que realizam.

Na Porta Amiga das Olaias trabalha diariamente, a Coordenadora do Projecto, três Assistentes Sociais, Administrativa e pessoal auxiliar. Acrescentar ainda que, existem equipas de apoio domiciliário que prestam assistência (na higiene, alimentação) às pessoas desfavorecidas. Na Porta Amiga são proporcionados almoços, agasalhos, a possibilidade de tomar banho (segunda a sexta) aos sem abrigo acompanhados pelas equipas e o fornecimento de terapêutica (mediante prescrição médica). Outra das actividades realizadas no local é a educação para a saúde, onde se fazem ensinamentos sobre diabetes, hipertensão arterial, aquisição de hábitos de vida saudáveis, alimentação e saúde mental, entre outros.

2.3.2. Objectivos, Actividades Desenvolvidas e Ganhos em Saúde

Objectivos Gerais

A. Colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados de saúde e sociais à pessoa carenciada.

As palavras colaboração e multidisciplinaridade neste campo de estágio tomaram uma importância fundamental e ascenderam aos seus verdadeiros sentidos, pois a inexistência de enfermeiros na equipa permitiu que as decisões quanto a questões de saúde fossem tomadas por mim em conformidade com a equipa multidisciplinar à qual pertencia. Também tenho que referir que, embora o meu estágio estivesse apenas direccionado para a Equipa de Rua do Centro Porta Amiga das Olaias, pareceu-me mais interessante e ampliaria o número de experiências desenvolver a minha actividade também no Centro propriamente dito e colaborar com a equipa do apoio domiciliário do mesmo.

Neste sentido e como o REPE (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro) refere no artigo 8.º (Exercício profissional dos enfermeiros) alínea 3. “Os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional”, considero que tive um papel muito importante na equipa, colmatando falhas na prestação de cuidados de saúde.

Para uma melhor prestação, tentei identificar as necessidades da equipa de rua, fiz algumas entrevistas informais e através da observação directa identifiquei duas lacunas que considerei importantes. A primeira foi a incapacidade de realizar uma avaliação do estado mental do utente, que foi verbalizada pelos próprios profissionais e a segunda foi a utilização de folhas soltas para fornecer contactos de instituições e do Centro Porta Amiga das Olaias.

Para colmatar a primeira lacuna realizei uma formação em serviço (Anexo IX) intitulada “Como avaliar o estado mental do utente”. Não pretendi que fosse uma avaliação extensiva do estado mental, mas que se possa realizar uma primeira triagem para fazer o encaminhamento para outras instituições se necessário.

Relativamente à segunda lacuna fiz um panfleto informativo (Anexo X), com intuito de ser utilizado como instrumento de trabalho no apoio aos sem-abrigo na rua, durante a intervenção da Equipa de Rua. Nesse panfleto encontram-se os principais contactos de instituições no distrito de Lisboa que podem ajudar os sem-abrigo a satisfazer as suas necessidades. Quanto a esta intervenção posso dizer que o objectivo da mesma foi atingido,

pois após a elaboração e apresentação do panfleto aos colegas a sua utilização tornou-se regular e quase imprescindível no contacto com os sem-abrigo.

Quanto às actividades desenvolvidas no Centro Porta Amiga das Olaias, foram desenvolvidas todas as actividades de enfermagem para as quais fui solicitado pelos diferentes profissionais. Estas actividades incidiam essencialmente na avaliação dos sinais vitais, glicemias capilares, execução de pensos, entrega de medicação e contacto com instituições para marcação de consultas, encaminhamentos e tratamentos.

A colaboração com a equipa do apoio domiciliário fez-se em duas fases. A primeira fase foi a identificação de situações críticas (entenda-se situações críticas como condições extremas de exaustão psicológica e ou física que necessitam de intervenção imediata) e a segunda foi a intervenção propriamente dita. Para a fase de identificação foi necessária a colaboração da equipa do apoio domiciliário e dos estudantes da licenciatura em enfermagem da UCP que se encontravam a estagiar na instituição. Foram identificadas duas situações: uma utente que cuidava da tia acamada numa dedicação extrema que se encontrava exausta física e psicologicamente e a outra situação tratava-se de uma utente idosa que vivia em condições de higiene incompatíveis com a vida.

Ambos os casos tiveram intervenções personalizadas (Anexo XI) com algum sucesso. Embora sejam situações díspares, pareceu-me que aplicar o modelo teórico de Hildegard Peplau seria uma mais-valia para ajudar a resolver estas situações.

Peplau na sua Teoria das Relações Interpessoais de raízes psicodinâmicas forneceu as bases teóricas que permitiram a minha actuação nestas duas situações. Em ambas se identificaram claramente as fases da relação enfermeira – doente: orientação, identificação, exploração e resolução.

A primeira iniciou-se com a recolha de dados sobre esta família através do contacto com os profissionais do apoio domiciliário que a assistiam diariamente. Foi realizada um primeiro contacto com a utente, realizou-se uma entrevista com perguntas abertas e aplicou-se a Escala da depressão de Hamilton, tendo-se obtido o valor 16, que corresponde a depressão leve. Posteriormente na fase de identificação e exploração fez-se uma terapia expressiva seguida de uma terapia de suporte. A terapia expressiva, como o próprio nome indica, consistiu em estabelecer uma relação enfermeiro-utente em que a utente exprime os seus sentimentos, angústias e são identificadas as suas necessidades. Na terapia de suporte, auxiliou-se a utente a encontrar soluções de maneira a satisfazer as suas necessidades. Na fase de resolução deixou-se a porta aberta para novos pedidos de ajuda e promoveu-se o

empowerment da utente através do fornecimento de informação para identificar sintomas de patologia e procurar o profissional quando necessário.

Como referido para Hildegard Peplau, o processo interpessoal consiste de fases sequenciais de orientação, identificação, exploração e resolução mas

“estas fases sobrepõem-se, inter-relacionam-se e variam na duração. A enfermeira e o paciente esclarecem primeiramente, os problemas do paciente, e as expectativas e metas comuns são exploradas enquanto é decidido o plano apropriado para melhorar o estado de saúde. Este processo é influenciado tanto pelas percepções da enfermeira e do paciente quanto pelas ideias preconcebidas emergindo de sua exclusividade individual”. (Belcher e Fish in George *et al* 2000, p.56)

Quanto ao segundo caso, todo o processo interpessoal da relação enfermeiro – utente fez-se apenas num contacto. Embora a previsão inicial da resolução do problema não fosse apenas de uma visita domiciliária, a relação estabelecida desenvolveu-se com alguma rapidez e eficácia. No Anexo XI está descrita toda a intervenção realizada e os resultados obtidos. No entanto, penso que esta relação falhou na última etapa – resolução. Embora o objectivo tenha sido atingido, não houve um distanciamento entre o utente e o enfermeiro, pois não se reconheceram capacidades mentais à utente para identificar novas necessidades e de traçar novos objectivos. Julgo que embora a intervenção realizada tenha resolvido o problema no imediato, era necessário intervir em outras áreas, nomeadamente na mudança de comportamentos e no ensino ao neto da utente. Não percebo o que a professora quer neste ponto

B. Desenvolver actividades de enfermagem (mais propriamente actividades de enfermeiro especialista em saúde mental) que justifiquem a presença do enfermeiro na Organização, mais propriamente nas equipas de rua.

Como já foi referido não existem enfermeiros a desempenhar funções no Centro Porta Amiga das Olaias nem na Equipa de Rua pelo que, para mim, foi o objectivo mais importante traçado, pois para além dos ganhos em saúde poderá justificar a criação de um “posto de trabalho”.

Embora a inexistência de um profissional de saúde no Centro Porta Amiga das Olaias não pressuponha a inexistência de um projecto na área, durante o meu estágio verifiquei que não existia qualquer projecto ou intenção futura para a sua concretização. Logo tornou-se prioritária a realização de um projecto que justifique e considere fundamental a presença de um enfermeiro no Centro Porta Amiga das Olaias.

Este projecto visou criar uma consulta de enfermagem para o Centro Porta Amiga das Olaias (Anexo XII). Conceber uma consulta de enfermagem equivale a impor a profissão na instituição. Entenda-se impor, não de uma forma negativa mas sim uma forma de encarar a presença da enfermagem como necessária e essencial.

Também houve a preocupação de elaborar protocolos de encaminhamento de utentes para consultas de Psiquiatria e de enfermagem psiquiátrica para o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa – pólo Júlio de Matos, mas após consulta com a enfermeira chefe das consultas externas da instituição optou-se pela informalidade para não criar barreiras burocráticas no atendimento aos sem-abrigo. No entanto, ficou o compromisso de atendimento na Consulta Aberta já existente dos utentes encaminhados pela Equipa de Rua e pelo Centro Porta Amiga das Olaias.

Como já foi referido foram desenvolvidas actividades de enfermeiro generalista e entre os ensinamentos (hipertensão, diabetes, hábitos de vida saudáveis entre outros) e as acções realizadas foi organizado um rastreio da tuberculose (Anexo XIII) no Centro Porta Amiga das Olaias. A necessidade deste rastreio surgiu pelas queixas e sintomas de tosse e dores torácicas e dorsais que alguns utentes do centro apresentavam durante a consulta de enfermagem. Foi contactado o Centro Pneumológico de Alcântara e no dia 10 de Novembro de 2011 foram realizadas microrradiografias pulmonares e entre cerca de trinta utentes e alguns profissionais foi identificado um caso de tuberculose pulmonar. Esse utente está a ser acompanhado pelo centro pneumológico que o identificou.

Fazendo o balanço destas actividades, posso referir que todas elas estão direccionadas para obter ganhos em saúde, na medida que tanto o projecto desenvolvido como o estabelecimento de protocolos de rastreio de tuberculose pulmonar visam proporcionar cuidados de saúde gratuitos à população do Centro Porta Amiga das Olaias e sempre que necessário colaborar com a Equipa de Rua na prestação de cuidados ao sem-abrigo.

Objectivos específicos

A. Conhecer a população abrangida pelo apoio das equipas de rua, tendo em conta a visão integrada de cuidados e os princípios da organização.

Este objectivo foi traçado à luz de algum desconhecimento do funcionamento da organização, pois o esquadriñar da uma população equivaleria a um trabalho árduo de investigação longitudinal que não é de todo o que se pretende. Só se poderia fazer algum

trabalho de análise da população que esteja inscrita na instituição e no aqui e agora, pois a mutação constante do número e tipo de população sem-abrigo não permite um trabalho que possa descrever esta população na generalidade. No entanto foram realizados alguns trabalhos que descreveram num espaço temporal a população abrangida pela AMI em Lisboa. Neste sentido para atingir este objectivo realizei duas reflexões teóricas (Anexo XIV e XV) que permitiram conhecer o tipo e características da população em estudo.

Numa das reflexões explorei o conceito de sem abrigo, a sua multidimensionalidade e a existência de diferentes formas e graus, assumindo por último o conceito aceite pela instituição onde decorria o módulo do meu estágio:

Para a AMI, é sem abrigo toda a pessoa que não possui residência fixa, pernoita na rua, carros e prédios abandonados, estações de metro ou de comboio, contentores, ou aquele indivíduo que recorre a alternativas habitacionais precárias como albergues nocturnos, quartos ou espaços cedidos por familiares, ou que se encontra a viver temporariamente em instituições, centros de recuperação, hospitais ou prisões. Em termos mais precisos, a tónica é assente na falta de uma habitação digna e estável. (Martins 2007)

Na outra reflexão fiz uma referência à doença mental na população sem-abrigo, expondo estudos de vários autores que indicam que a prevalência da doença mental na população sem-abrigo é superior à população em geral e que doenças psiquiátricas não têm origem na rua, mas esta pode ter um papel crucial na precipitação, manutenção ou agravamento da doença.

Porém não fiquei apenas pela pesquisa bibliográfica, mas também obtive algumas informações relativamente à população em questão. Para obter estas informações recorri a entrevistas não estruturadas aos elementos da equipa de rua do Centro Porta Amiga das Olaias e acompanhei o seu desempenho. As principais conclusões obtidas foram:

- O Centro Porta Amiga das Olaias apoia cerca de 200 famílias actualmente, verificando-se o aumento do número de inscrições.

- A população de sem-abrigo é maioritariamente constituída por homens, de diferentes idades, e de diferentes nacionalidades.

- Verifica-se uma tendência de aumento diário no número de sem-abrigo a viver na rua.

Estas conclusões foram obtidas apenas durante o período de estágio e são de natureza puramente reflexiva, pelo que a sua validade é meramente pessoal, no entanto permitiram o desenvolver de competências essenciais neste meu processo de especialização.

Estas competências relacionam-se principalmente com a capacidade de reflexão e investigação. Como a OE as apresenta são:

- Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.

- Integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.
- Realizar trabalho de investigação baseado na evidência e/ou utilizar outros métodos de investigação.

B. Intervir (aos três níveis de prevenção) nas pessoas com necessidades de saúde afectadas e prevenir futuras formas de exclusão social.

Para atingir o presente objectivo fiz inicialmente alguma pesquisa bibliográfica e reflexão sobre a documentação existente relativamente às funções do enfermeiro comunitário de saúde mental. Pareceu-me importante aclarar as minhas concepções de níveis de prevenção na comunidade, pois só assim poderia actuar sem cair no preconceito e no vulgo significado de prevenção.

A enfermagem comunitária ao longo dos anos, evoluiu e sofreu alterações na organização, concepção e dinâmica, havendo um valorizar da mesma com tendência a direccionar os cuidados para a comunidade atendendo sempre à premissa “mais vale prevenir que remediar”. No entanto os conceitos de prevenção primária, secundária e terciária mantêm-se mais ou menos imutáveis. Em 1981, Sobreira identifica claramente os três níveis de prevenção da enfermagem comunitária: prépatogénese, fase clínica e sequelas. Cruzando a informação com a literatura mais actual podemos verificar que a pré-patogénese corresponde à prevenção primária, em que se actua nas possíveis causas de uma doença antes de instalada e no ensino de estilos de vida saudáveis; a fase clínica corresponde à prevenção secundária relacionada com o instalar da patologia, do seu tratamento e das formas de evitar sequelas; por último a intervenção nas sequelas corresponde à prevenção terciária que visa a recuperação e diminuição do impacto das mesmas.

Stanhope e Lancaster (1999) referem-nos que a os papéis do enfermeiro especialista em saúde mental na comunidade, nos três tipos de prevenção, são de exercício, educação/ensino e de coordenador. Estes papéis sobrepõem-se e não são utilizados em separado, mas sobressaem uns mais que os outros de acordo com os níveis de prevenção.

“A prevenção primária refere-se à redução de riscos para a saúde. Envolve a identificação de situações que têm o potencial para causar stress e doença. A maioria das funções de educador são dirigidos à prevenção primária.(...) A prevenção secundária refere-se a actividades dirigidas à redução da prevalência ou da natureza patológica de uma situação. Muitas funções do papel de exercício são

dirigidas à prevenção terciária. (...) A prevenção terciária refere-se ao restabelecimento e ao aumentar do funcionamento. Muitas das actividades do papel de exercício e coordenador referem-se à prevenção terciária". (Stanhope e Lancaster 1999, p.770).

Consciente da amplitude dos conceitos supramencionados, o objectivo delineado toma a dimensão de ser muito ambicioso, e de facto é. No entanto, mantive este objectivo não para o atingir com o meu desempenho global mas sim em situações diárias que foram acontecendo ao longo do estágio. É de mencionar que embora o ponto focal deste estágio seja a promoção de estilos de vida saudáveis, e utilizando a terminologia de Stanhope e Lancaster (1999), o meu papel estivesse mais direccionado para o ensino/educação, o utente não está ausente de patologias, sintomas e sequelas, pelo que intervir em todos os níveis de prevenção era inevitável.

Para a prevenção primária, a minha intervenção esteve presente nos encontros com os utentes em contexto de rua, através dos ensinamentos de educação para a saúde realizados sobre métodos de resolução de problemas, adopção de estilos de vida saudáveis e mudança de comportamentos.

Durante a interacção presenciei a motivação dos utentes para participarem em programas de tratamento (médicos e/ou de desabituação) e incentivei-os à adesão e à promoção de hábitos de vida saudáveis para maior bem-estar físico e mental.

Estas sessões de educação para a saúde também aconteceram no Centro Porta Amiga das Olaias, num ambiente mais formal, mais estruturado mas carenciadas de avaliação de impacto. Estabelecer uma relação de confiança ou de identificação (usando a terminologia de Peplau) não é um processo fácil, é moroso, exige repetição de encontros propícios à interacção para o fortalecimento da relação de confiança e progresso de um plano terapêutico o que mostrou ser uma condicionante uma vez que, houve dificuldade na repetição desses mesmos encontros porque os utentes não se encontravam no local "habitual", o seu estado/comportamento não o permitiam ou não compareciam ao encontro marcado. Sendo também este um ambiente não protegido (em contexto de rua), a realização de intervenções individuais e a sua continuidade neste tipo de população no curto tempo em que decorreu o estágio, torna-se insuficiente para motivar à sua adesão.

Na prevenção secundária foram realizados tratamentos e cuidados gerais de enfermagem mas também intervenções em situações de crise e de alguma hostilidade tanto em contexto de rua como no Centro Porta Amiga.

Quanto à intervenção terciária foram realizados contactos com piscinas municipais e instituições de reabilitação para que os utentes pudessem usufruir dos seus serviços por um preço social. Também fiz acompanhamentos de alguns doentes apoiados pela equipa

domiciliária que se encontravam a realizar tratamentos de quimioterapia, avaliando sempre o estado mental dos mesmos e dando algum apoio emocional sempre que achava necessário.

C. Desenvolver actividades especializadas de educação para a saúde que visem a adopção de estilos de vida saudáveis por parte do sem-abrigo.

O desenvolvimento de actividades especializadas de educação para a saúde estão implícitas nas actividades anteriormente descritas, no entanto penso que a sua destriça é fundamental. Estas actividades de educação para a saúde foram realizadas durante as saídas com a Equipa de Rua, nos diferentes locais onde se faz o apoio e utilizando a carrinha como local; e no Centro Porta Amiga das Olaias no gabinete de enfermagem existente.

No primeiro caso, atendendo que a população dos sem-abrigo que pedem apoio à Equipa de Rua é muito variável, foram realizadas entrevistas como se fossem únicas. Estas entrevistas visaram essencialmente intervir no “aqui e agora”, realçando o contacto directo com o utente, estabelecendo uma relação de considerável confiança e realizar um diagnóstico imediato. Como refere Chalifour (2008, p.83) “No caso da entrevista única, a qualidade do contacto tem ainda um efeito directo na velocidade de estabelecimento de um clima de confiança, na pertinência do diagnóstico estabelecido, nas intervenções a ser realizadas e na natureza da mudança que o cliente transportará para a sua vida fruto das soluções adoptadas”.

Atendendo a esta questão, realizei diferentes sessões de educação para a saúde, sobre diversos temas. Destaco os temas da toxicodependência, alcoolismo e adopção de estilos de vida saudáveis. Para exemplificar uma destas entrevistas descrevo, em forma de reflexão, um caso identificado numa destas saídas (Anexo XIV), em que foi estampada a história de vida de um utente, identificados factores de risco, feitos ensinios sobre toxicodependência e hábitos de vida saudáveis e realizado encaminhamento para o Centro de Apoio a Toxicodependentes das Taipas.

Carvalho e Carvalho (2006) referem-se à educação para a saúde como um processo de comunicação interpessoal para facultar informação e identificar problemas, de forma a criar uma relação causa – efeito nos comportamentos da saúde física e psíquica dos utentes.

Para Tones e Telford (cit. por Carvalho & Carvalho 2006, p. 25) a educação para a saúde é (...) “toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde e doença, originando mudanças no conhecimento, compreensão e nas formas de pensar”. Os autores supra mencionados defendem que a educação para a saúde pode influir

ou esclarecer valores, facilitar mudanças de convicções e atitudes, facultar a aquisição de saberes, conduzir a mudanças de comportamentos e estilos de vida.

Neste contexto, a educação para a saúde exige uma visão que abranja uma abordagem global e individual da pessoa nas suas múltiplas dimensões. Como tal, a educação para a saúde da pessoa, grupo ou comunidade, procura desenvolver os processos internos inerentes à pessoa que lhe permitam adoptar comportamentos saudáveis, respeitando o seu estilo de vida e as suas crenças, sendo estas influenciadas pela comunidade da qual faz parte. (Carcel *ref. in* Carvalho e Carvalho. 2006)

Embora as sessões de educação para a saúde, como foi referido, tenham sido realizadas tendo em conta “o aqui e agora”, foi necessário utilizar um modelo teórico. Pareceu-me que o Modelo de Promoção de Saúde se adequou ao contexto, pois *pressupõe que os indivíduos possam alterar o seu comportamento para se sentirem melhor, física, psicológica, social e espiritualmente*. (Stanhope & Lancaster 1999, p.271)

No Centro Porta Amiga as actividades variaram um pouco, pois alternaram em actividades de enfermagem e actividades de enfermagem especializadas. Embora o meu estágio esteja relacionado com o desenvolvimento de competências em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, não deixei de ser enfermeiro de cuidados gerais e seria antiético da minha parte ignorar essa vertente da enfermagem, pelo que não foram descurados os ensinamentos sobre a hipertensão arterial, diabetes, higiene oral, alimentação, etc.

Como refere Peplau (1990, p. 7) “As funções de enfermagem são educativas e terapêuticas quando induzem as pessoas a desenvolver habilidades para resolverem os problemas”.

D. Colaborar com a orientação tutórica dos estudantes do curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa a estagiar no Centro Porta Amiga das Olaias.

Para atingir este objectivo, foi necessária uma intervenção individualizada em cada estudante que se encontrava a estagiar no Centro Porta Amiga.

Nos estudantes que entraram aquando da minha chegada, penso ter desempenhado um papel mais importante, na medida que desmistifiquei conceitos, salientei a importância da enfermagem e evidenciei o papel do enfermeiro na instituição onde nos encontrávamos.

Para iniciar esta orientação foi necessário tentar compreender o que cada um percepcionava do campo de estágio, o conceito de enfermagem que cada um tinha e as

expectativas relativamente à profissão. Embora não se trate de uma supervisão clínica em enfermagem propriamente dita, esta orientação tutória, como designo, baseou-se em muitos pressupostos da mesma. Desta forma, pareceu-me importante apoiar-me num conceito de supervisão clínica para que a minha intervenção fosse mais eficaz. Após pesquisa bibliográfica, identifiquei-me com o conceito do Departamento de Saúde do Reino Unido (DoH 1993) que refere tratar-se de um processo formal de suporte e aprendizagem que proporciona aos alunos ou aos profissionais, um desenvolvimento integrado de competências, assumir responsabilidade pela sua própria prática e promover a qualidade e segurança dos cuidados, especialmente em situações de reconhecida complexidade.

Quanto ao estilo de supervisão, utilizando a terminologia de Glickman (1985) penso ter-me situado entre a colaboração e a direcção dependendo da situação. Em determinadas ocasiões estimulava a autonomia do aluno e noutras ajudei na resolução de problemas dando orientações precisas.

Tratando-se de alunos do primeiro ano da Licenciatura o conceito de enfermagem ainda estava muito envolvido em preconceitos biomédicos, ideais de caridade e dedicação. Existia uma preocupação excessiva com a prática da técnica em detrimento da comunicação, do contacto com utente e da empatia.

Naturalmente que o cuidar em enfermagem também envolve uma parte técnica muito importante mas numa perspectiva mais coeva da enfermagem o cuidar envolve uma visão mais integrada do ser humano.

Consciente de que a sua prática era quase nula, todo o discurso e os ensinamentos realizados foram adequados aos seus conhecimentos. Como refere Benner (2001, p. 49)

“As iniciadas não têm nenhuma experiência das situações com que elas possam ser confrontadas. Para as ensinar e permitir que elas adquiram experiência tão necessária ao desenvolvimento das suas competências, são-lhes descritas situações em termos de elementos objectivos tais como: o peso, os líquidos ingeridos e eliminados, a pressão arterial, a pulsação e outros parâmetros medíveis, que permitam conhecer a condição de um doente – características identificáveis sem experiência clínica. São-lhes igualmente ensinadas normas, independentemente do contexto, para guiar os seus actos em função dos diversos elementos”.

Na prática foram então desenvolvidos os seguintes aspectos:

- A importância da comunicação verbal e não-verbal no contacto com o utente. Neste aspecto recorri a técnicas de comunicação com utente de forma a que a abordagem não fosse demasiado invasiva ou distante. Apliquei uma comunicação verbal adequada, tendo em conta a semântica, o tom e o ritmo do discurso. Atentei à comunicação não-verbal como instrumento indispensável na comunicação do utente, com especial atenção à postura, expressão facial, ao toque e à coerência com o discurso verbal.

- O ambiente físico propício ao desenvolvimento de uma relação empática com o utente. Neste ponto foram abordadas a disposição dos móveis no espaço físico do gabinete, a luminosidade, a privacidade e a importância dos detalhes no ambiente (como quadros, posters, jarras... etc.)

- Orientação na realização de panfletos sobre: Os primeiros socorros ao idoso e Prevenção de complicações na Imobilidade.

- Promoção da participação dos alunos na actuação da Equipa de Rua do Centro Porta Amiga das Olaias, articulando uma saída programada com a mesma e discussão posterior à saída, evidenciando as principais dúvidas, emoções e sugestões.

- Acompanhamento na visita domiciliária dos alunos em situações consideradas críticas, actuação nas mesmas (Anexos XI) e reflexão posterior à intervenção.

- Esclarecimento de dúvidas sobre a prática e sugestão de actividades de enfermagem a desenvolver no Centro Porta Amiga das Olaias e nas visitas domiciliárias.

- Orientação nas entrevistas realizadas aos utentes do Centro Porta Amiga das Olaias e utentes domiciliários abrangidos pelo programa.

- Permitir e ensinar a realização de técnicas de enfermagem gerais como: avaliação de Tensão Arterial, avaliação de glicemias capilares, etc.

Quanto à avaliação do objectivo traçado pareceu-me que foi atingido. Mas embora houvesse uma intenção inicial mais efectiva e presente na orientação dos alunos algumas condicionantes limitaram este processo como por exemplo as incompatibilidades de horário e os diferentes campos de estágio que enfraqueceram a procura do orientador e relação com o mesmo. No entanto, tenho a noção de dever cumprido e de ter demonstrado disponibilidade e preocupação no processo de aprendizagem dos mesmos.

Por último, as competências adquiridas situam-se essencialmente no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais mais propriamente:

“Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade “ (Ordem dos Enfermeiros. 2010, p.10)

2.3.3. Reflexão Final

Como referi anteriormente, a minha escolha recaiu neste contexto de estágio devido ao desconhecimento e falta de prática com a população sem-abrigo. Chegado o término do módulo acredito que mais que intervir a nível secundário é necessário ter uma visão holística

do utente, actuar aos três níveis de prevenção e ter em conta o contexto agressivo em que estes vivem.

Watson acredita que as enfermeiras têm a responsabilidade de (...) “tornar mais fácil o desenvolvimento do doente no campo de promoção da saúde através de acções de saúde preventivas”. (Tomey & Alligood 2004, p. 169)

A presença de Doença Mental nem sempre é percebida no imediato. O bem-estar físico e psíquico está directamente ligado ao suporte social que a pessoa detém. Ao longo de toda a vida, o ser humano deve interagir eficazmente com o ambiente de forma a buscar nele os recursos indispensáveis à satisfação das suas necessidades. A sua capacidade para o fazer e a pertinência do suporte social obtido com este fim “...têm um impacto directo sobre a qualidade de vida” (Chalifour 2008, p. 263).

“As enfermeiras têm de reconhecer a influência que os ambientes interno e externo têm sobre a saúde e a doença dos indivíduos. Os conceitos relevantes para o ambiente interno incluem o bem-estar mental e espiritual e as crenças socioculturais do indivíduo. Para além das variáveis epidemiológicas, outras variáveis externas incluem o conforto, a privacidade, a segurança e o ambiente limpo e estético”. (Tomey & Alligood 2004, p. 168)

O cuidar holístico considerando a história de vida da pessoa no seu contexto psicossocial e cultural sediada pelo acolhimento e interacção mútua no meu entender, devem ser marcos a ter em conta para a orientação da prestação dos cuidados com o intuito de ajudar a pessoas sem-abrigo a lidar com a realidade, a compreender a dinâmica de suas relações, a reconhecer e admitir as suas habilidades/capacidades e potencialidades bem como aceitar, enfrentar e conviver com as limitações para uma melhor qualidade de vida. Perante o exposto, considero ter adquirido as competências inerentes à prática de cuidados de enfermagem especializada na área da promoção de estilo de vida, diagnóstico e prevenção de promoção nomeadamente na prestação de cuidados na área de especialização; capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas; identificação/diagnóstico de problemas, levantamento das necessidades e na projecção de áreas de intervenção de enfermagem.

Resultante da interacção com os utentes/técnicos tive oportunidade de desenvolver conhecimentos sobre técnicas de comunicação e de técnicas de relação de ajuda de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura. Detive ainda a oportunidade reflectir sobre a minha prática como enfermeiro e de desenvolver habilidades de trabalho em equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

3. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

As competências do enfermeiro especialista e mais propriamente do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, são regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) no artigo 4 do Regulamento n.º 129/2011 e a sua aquisição constitui o culminar deste curso e guiará a prática futura após obtenção do título.

Segundo o Artigo 7º do Estatuto da OE, “O título de enfermeiro reconhece competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, à família e à comunidade, nos três níveis de prevenção”, assim sendo, a enfermagem é a acção técnico-científica competente que se desenvolve de forma a promover a saúde e a prevenir a doença, através da prestação de cuidados de assistência bio-psico-social-espiritual ao utente. A mesma fonte reconhece no enfermeiro especialista em SMP, competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados nas áreas específicas de enfermagem designadamente:

- *“Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e de processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;*
- *Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental;*
- *Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando dinâmicas próprias para cada contexto;*
- *Presta cuidados no âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto da dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde “(Ordem dos Enfermeiros 2010, p.3).*

Alarcão e Rua (2005) referem que em enfermagem a competência profissional envolve três subcompetências fundamentais: competência cognitiva, competência comunicacional e a competência técnica, que por sua vez se dividem em outras micro-competências. Nesta perspectiva transcoeva e transdisciplinar das competências do especialista, o enfermeiro não tem apenas que reconhecer as necessidades do utente que assiste mas tem que se “autoscopiar” com frequência, reconhecer-se como especialista que é e reflectir sobre as situações, só assim poderá saber o que fazer em cada situação concreta. “A competência tem uma dimensão contextualizada; manifesta uma actuação adaptada à situação. (...) Mas saber

o que fazer em cada situação concreta pressupõe uma compreensão e um juízo sobre a situação e uma intencionalidade de acção. Pressupõe, também, uma mobilização das micro-competências adequadas, que funcionam como átomos da competência global. (Alarcão e Rua 2005, p. 376)

Neste contexto, o enfermeiro especialista é o profissional de Enfermagem que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e consegue proporcionar uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente. É nesta perspectiva que os Cuidados de Enfermagem tomam por foco de atenção a promoção de projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue (OE 2010). O futuro enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica no estágio deve adquirir/desenvolver competências resultantes das acções realizadas como resposta aos seguintes objectivos (Guia de estágio, UCP 2011):

- *“Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP);*
- *Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;*
- *Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades”.*

É atendendo às competências legisladas pela OE, à situacionalidade das mesmas e aos objectivos propostos no guia de estágio que orientei a minha aprendizagem, de forma a integrar conhecimentos basilares na minha futura prática especializada e reconhecer-me no papel/filosofia a que me proponho com este curso.

Reflectir sobre todo este processo de aquisição de competências, é confrontar-me com todas as actividades realizadas, é um olhar-me ao espelho e comparar-me com o enfermeiro que era antes de iniciar este meu percurso de especialização.

E fazendo esta autoscopia, apercebi-me que além dos conhecimentos científicos e teóricos que adquiri, também amadureci como pessoa e como profissional e, para mim, este aspecto é fundamental no percurso da aprendizagem. Sentir-me realizado no final deste percurso, perceber que contribui para melhorar os cuidados de enfermagem e que agora possuo competências que me irão acompanhar no futuro fazem-se sentir mais completo profissionalmente e mais seguro na minha actividade, não obstante tenho a percepção que apenas é um início de um caminho de especialização conduzido pela prática e pelo empenho pessoal em querer ser melhor.

4. CONCLUSÃO

Neste capítulo, faço as considerações finais ao relatório desenvolvido, reproduzindo todo o percurso realizado no estágio, as competências adquiridas e os ganhos obtidos em saúde mediados pelas actividades desenvolvidas durante o processo de formação para obtenção do grau de Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Começo por reflectir sobre os objectivos traçados para os dois contextos de estágio, que mesmo sabendo que alguns eram ambiciosos e que foram delineados tendo em conta a forte motivação característica da perspectiva de um novo desafio de vida, foram todos atingidos na medida em que, apliquei os meus saberes, compreendi e resolvi problemas complexos nos contextos alargados e por último partilhei esses mesmos saberes e resultados às equipas/utentes.

No decorrer dos três momentos de estágio tive em conta o conceito de enfermeiro especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica definido pela Ordem dos Enfermeiros (2010) que entende que o profissional de Enfermagem assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa durante os processos de vida e problemas de saúde, e dá uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do utente, família ou comunidade, tomando os cuidados de enfermagem, por foco de atenção, a promoção de projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue.

Também foi utilizado como referenciais teóricos a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau (1990) e o Modelo de Intervenção de Jean Watson (1985). A Teoria das Relações Interpessoais de Peplau (1990) focaliza a sua ideologia na relação interpessoal enfermeira – utente. Peplau (1990) refere que “A enfermagem é um instrumento educativo, uma força de maturação que tenciona promover o movimento do progresso da personalidade no sentido de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária”. (Peplau *cit in* Tomey e Alligood 2004, p. 428). Watson (1985) salienta que o enfoque da enfermagem está nos factores de cuidados resultantes da perspectiva humanista da mesma combinada com os conhecimentos científicos inerentes.

Definido o referencial teórico, fiz uma análise dos objectivos propostos, descrevendo as actividades desenvolvidas e os ganhos em saúde para os utentes, reflectindo sempre sobre as competências adquiridas numa perspectiva de enfermagem avançada.

O Módulo II foi-me creditado pela Universidade Católica Portuguesa pela minha experiência profissional na área da Saúde Mental e Psiquiátrica, valência agudos, durante oito anos de profissão, o que me permitiu uma melhor compreensão do utente com patologia mental em fase aguda condicionando mudanças na minha conduta profissional. Também me permitiu obter um “elevado conhecimento e consciência de mim como pessoa e profissional” (Ordem dos Enfermeiros. 2010) pois vivenciei situações limite que me levaram muitas vezes a reflectir sobre a minha a minha actuação. Por último, este tempo de trabalho possibilitou a obtenção de um espólio de conhecimentos específicos da área que me permitem prestar (...) “cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”. (Ordem dos Enfermeiros. 2010, p. 3).

O Módulo III – Reabilitação e Reinserção foi realizado no *Instituto Psiquiátrico de Servicios de Salud Mental José Germain na Unidad de Rehabilitación I em Leganés* – Madrid teve como objectivo principal a aquisição de competências na área da reabilitação e reinserção social do utente com patologia mental. Este estágio decorreu durante um mês e foram desenvolvidas actividades que visaram um contributo para a reabilitação psicossocial do utente com patologia mental. Foram efectuadas várias reflexões que incidiram sobre os conceitos de reabilitação em psiquiatria e cuidar em reabilitação. Foi realizado um estudo de caso sobre um utente com transtorno dismórfico corporal que permitiu o reestruturar do seu plano individual de reabilitação. Paralelamente contribuiu-se com um projecto de intervenção na área da reabilitação cognitiva como subsidio para a prática de enfermagem. Este estágio foi muito importante para o conhecimento de outra realidade no universo da reabilitação em psiquiatria, pois para além de ser um processo realizado numa cultura e contexto diferentes também é regida por uma legislação diferente.

O Módulo I – Promoção de estilo de vida, diagnóstico e prevenção foi realizado no Centro Porta Amiga das Olaias da AMI em colaboração com a Equipa de Rua. Este estágio esteve direccionado para a promoção da saúde mental numa população muito particular – os sem-abrigo. As actividades desenvolvidas basearam-se sobretudo na educação para a saúde e na actuação do “aqui e agora”, pois pela inconsistência da população alvo os ganhos em saúde teriam que advir de intervenções imediatas para mudar comportamentos futuros.

Alargou-se o contexto de estágio ao Centro Porta Amiga das Olaias e ao apoio domiciliário da instituição. No Centro Porta Amiga foi desenvolvido um projecto que criou uma consulta de enfermagem no centro e no apoio domiciliário fez-se o acompanhamento possível de duas utentes consideradas “de risco”. Deste estágio faço um balanço positivo, pois o contacto com uma realidade que me era desconhecida fez-me reformular o meu conceito de enfermagem como profissão e como filosofia.

Durante este percurso foram adquiridas competências pessoais e profissionais. As actividades desenvolvidas traduziram-se em “saber” e em “saber fazer”, constituíram matéria-prima para alicerçar o meu desempenho futuro e considero que no final tornei-me melhor pessoa e profissional.

No entanto, algumas limitações se colocaram durante este percurso como o conciliar entre a vida pessoal, profissional e académica que limitou a minha condição de estudante, a minha permanência na cidade de Madrid e a continuidade no Centro Porta Amiga das Olaias. Também a inexistência de enfermeiros especialistas no Centro Porta Amiga das Olaias condicionou a troca de ideias, a orientação académica e a transmissão de conhecimento especializado, mas a minha experiência profissional com utentes em situação de crise permitiu-me a aquisição de competências especializadas apenas com orientação do professor.

Mas ao ter o privilégio em conhecer uma realidade dos cuidados de saúde mental fora de Portugal, sugiro a quem ler este relatório, que se tiver a mesma oportunidade que a aproveite, pois o conhecimento de outros contextos e a troca de experiências fora de Portugal poderão ser uma mais-valia para os cuidados de saúde mental portugueses e os cuidados de enfermagem portugueses também poderão servir de exemplo para outras realidades.

A título pessoal e profissional resta-me reconhecer que o maior ganho deste estágio foi poder adquirir saberes, poder partilhá-los, poder contribuir para melhoria dos cuidados prestados com o objectivo de ajudar a pessoa com doença mental a readaptar e/ou recuperar a sua autonomia e bem-estar no seio do família/grupo/comunidade.

Aprender é um processo complexo, por vezes difícil mas compensador. Chegado o *términus* deste relatório, é assim que vejo o percurso que realizei neste processo de formação pois, ser enfermeiro especialista em Saúde mental e Psiquiatria é saber identificar e controlar os sentimentos enquanto pessoas, é reconhecer as nossas limitações, é ter a capacidade de desenvolver estratégias para saber lidar connosco e com os outros e é conseguir olhar para os outros e saber que todo o ser humano é único e é ele o motivo da enfermagem existir.

5. BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA), **Publication manual of the American Psychological Association**. Washington. 5ª Edição.
- AMI Relatório Anual, Lisboa. (2006)
- ALARCÃO I. ; RUA M. **Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências** (2005). Texto Contexto Enferm 2005 Jul-Set; 14(3):373-82. disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>
- BENNER P. **De Iniciado a Perito**. Coimbra : Quarteto, 2001.
- CARVALHO, A. A. S.; C. S. GRAÇA. **Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação**. Loures: Lusodidacta, 2005.
- CHALIFOUR, J. – **A Intervenção Terapêutica, Os fundamentos existencial - humanista da relação de ajuda**. Volume 1, Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN: 978-989-8075-05-5,
- Código Deontológico dos enfermeiros de www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/.../CodigoDeontologico.pdf
- COHEN, Judith A. – Two Portraits of Caring. In: **Journal of Advanced Nursing**. (1991)
- CORDO, M. **Reabilitação de Pessoas com Doença Mental**. Lisboa: Climepsi Editores, 2003.
- DECRETO 122/1997, de 2 de octubre, por el que se establece el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención Social, Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario de Personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas, en diferentes centros de servicios sociales especializados [Consultado a 1 de Outubro de 2012] disponível em http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3Ddecreto122_1997.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271741078608&ssbinary=true

- DEPARTMENT OF HEALTH (DoH). **A Vision for the Future: The Nursing, Midwifery and Health Visiting Contribution to Health and HealthCare**. London, HMSO, 1993.
- FORTIN, M. F. **O Processo de Investigação - da Concepção à Realização** (1ª ed.). Loures : Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-10-X
- GEORGE, JÚLIA B. ET. AL – **Teorias de Enfermagem: Os fundamentos a prática profissional**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000. P.375. ISBN 85-7307-587-2
- GLICKMAN, C. D.. **Supervision of Instruction. Developmental Approach**. Boston: Allyn and Bacon, 1985
- HOEMAN, S. P. **Enfermagem de Reabilitação- Processos e aplicação**. 2ª Ed. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 9728383134
- KEMP, N., RICHARDSON E. W.A **Garantia da Qualidade no Exercício de Enfermagem**. Lisboa: ACEPS, 1995.
- MARTINS, A. F.- [em Linha]. **Tese de Mestrado "Mulheres Sem Abrigo na Cidade de Lisboa"** (2007). [Consultado a 22 de Setembro de 2012] Disponível em <http://www.ami.org.pt/default.asp?id=p1p211p215p340p281&l=1>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – [em Linha]. **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. (2010). [Consultado a 1 de Outubro de 2012] Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – [em Linha]. **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental**. (2010). [Consultado a 1 de Outubro de 2012] Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt>
- PEPLAU. H. E.. **Relaciones Interpersonales en Enfermería**. Barcelona: Salvat Editores, S.A., 1990.
- PIRES T. [em Linha] **Doença mental, uma sombra na sociedade** (2010) [Consultado a 10 de Outubro de 2012] disponível em http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/utentes/doencas_mentais/doenca_mental_uma_sombra_na_sociedade/2
- **Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016** de www.adeb.pt/.../cns_m_planonacionalsaudental2007-2016.
- **Relatório Mundial de Saúde – Saúde mental: nova concepção, nova esperança**/WorldHealthOrganization (2001). Lisboa. Direcção Geral de Saúde.
- **Relatório Mundial de Saúde – Saúde mental: nova concepção, nova esperança**/WorldHealthOrganization (2002). Lisboa. Direcção Geral de Saúde.

- Relatório sobre a Saúde no Mundo (2001) Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial de Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>
- **REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros** de www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/.../REPE.pdf
- STANHOPE, M.; LANCASTER, J. . **Enfermagem Comunitária – Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos**. 4ª edição. Lisboa: Lusodidacta, 1999.
- SOBREIRA, N..**Enfermagem Comunitária**. Rio de Janeiro: Interamericana. 1981.
- STUART, G.; LARAIA, M. – **Enfermagem Psiquiátrica Princípios e Práticas**; Porto Alegre: Artmed Editora, 2001, ISBN 85-7307-713-1.
- SUSSAMS, J. E.–**Como Elaborar Projectos de Pesquisa**. 2.ª Edição. Editora Atlas, São Paulo, 1987.
- TOMEY, A.; ALLIGOOD, M. – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5.ª ed., Loures: Lusociência, 2004.
- Townsend M. C.. **Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria – Conceitos e Cuidados na Prática Baseada na Evidência**. Loures: Lusociência, 2011
- WATSON, J. - *Nursing: humanscienceandhumancare*. EastNorwalkCT: Appleton CenturyGrofts; 1985.

ANEXOS

Anexo I – Apresentação da Unidad de Rehabilitación I

UR 1 – Unidad de Rehabilitación 1

Estrutura e funcionamento

A Unidad de Rehabilitación 1 é uma unidade psiquiátrica em regime de internamento completo para pacientes que necessitam de cuidados prolongados. Nesta unidade são realizados programas de tratamento e reabilitação que não podem ser feitos em ambulatório.

O objectivo principal desta unidade é assistir o paciente que necessite de tratamento sintomático, que apresente défices cognitivos, motores e sociais e que necessite de reabilitação psicossocial.

Existem três tipos de pacientes que são assistidos na UR1:

- pacientes que necessitam internamento supervisionado (serviços integrados na sociedade, para que os pacientes possam adquirir um grau aceitável de autonomia pessoal e social e são supervisionados durante as 24 horas dependendo da sua patologia);
- pacientes com resistência ao tratamento, com deterioração cognitiva elevada e alteração de comportamento associada;
- pacientes internados por sentença judicial, para cumprirem pena enquanto seguem um plano de reabilitação.

Esta Unidade está integrada no Programa de Reabilitação e Apoio Comunitário do Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain, em conjunto com el Centro de Rehabilitación (Centro de Dia), o Piso escola e as Oficinas.

Arquitectura

A Unidade tem 22 quartos (8 em baixo no rés-do-chão, 13 em cima no primeiro andar e um quarto de observação).



Fig. 1 e 2 - Quartos

Os quartos têm muita luz e é permitida alguma personalização dos mesmos. Têm duas camas que permitem o convívio entre pares.

Tanto os quartos, como o resto do serviço cumprem as regras de segurança e dos direitos de acessibilidade das pessoas com deficiência. Têm rampas nos desníveis, existem elevadores entre andares e todo o serviço está munido de extintores e sistemas de detecção de fumo.

O acesso entre andares faz-se por duas escadas, uma à entrada da unidade e a outra na extremidade oposta junto ao elevador.

Neste serviço não existe cozinha, existe um refeitório onde os pacientes tomam o pequeno-almoço, almoçam e jantam em modo self-service com supervisão das Auxiliares de enfermagem (tutoras). Cada paciente pega num tabuleiro, e depois de tomar a medicação administrada pelo enfermeiro ou auto-administrada, vão-se servindo com supervisão. A comida vem da cozinha central e é servida em “ambiente de cantina”. No fim de refeição, cada paciente recolhe o seu tabuleiro e coloca-o no carro de transporte. As mesas do refeitório estão distribuídas de maneira a que comam quatro pacientes em cada uma.



Fig. 3 e 4 - Escadas



Fig. 5, 6 e 7 - Refeitório

Todo o ambiente está personalizado e organizado para que os pacientes entrem de forma ordenada e se sintam como se fosse em sua casa. Existem quadros coloridos que marcam as divisões e fazem esquecer que se trata de uma unidade hospitalar.



À entrada do refeitório existem pequenos cacifos identificados, onde está guardada a medicação de alguns pacientes. Fazem parte do sistema de automedicação desenvolvido. Cada paciente tem a chave consigo e na hora das refeições faz, de forma supervisionada, a toma correspondente. Quando falta a medicação pedem ao enfermeiro. Existem no mesmo sítio tabuleiros com copos e jarras de água para que possam tomar de imediato a medicação.



Logo à entrada, à esquerda, está a sala de enfermagem, a sala de pensos e o stock. Apresentam as características normais de quaisquer salas de outros serviços.

Fig. 8, 9 e 10 - sistema de auto-administração de medicação

Na unidade existem ainda vários espaços comuns, salas para não-fumadores e fumadores, espaços lúdicos de convívio e um pátio exterior com um jardim.

O piso inferior tem duas salas de convívio: uma de fumadores e outra de não fumadores, o piso superior tem uma sala lúdica com televisão, bilhar e outros jogos.



Fig. 11, 12 e 13 – Salas de convívio

O pátio exterior é um espaço muito amplo com bancos, árvores, arbustos e alguns telheiros o que tornam muito agradável e confortável. Este pátio encontra-se no meio do edifício que permite aos pacientes usufruir do espaço sem ter que sair da unidade, promovendo assim a segurança e a igualdade entre os pacientes (pacientes que não podem sair do serviço podem usufruir de um espaço exterior).



Fig. 14 – Pátio exterior

Este pátio é também um local onde alguns pacientes podem desenvolver o seu treino de jardinagem integrado no programa de reabilitação psicossocial onde estão inseridos.

No andar de baixo, também existem gabinetes de consulta (psiquiatria e psicologia).

As zonas comuns de transição do serviço têm bastante luz, são pintadas de cores suaves mas alegres e têm elementos decorativos que tornam o ambiente mais acolhedor.

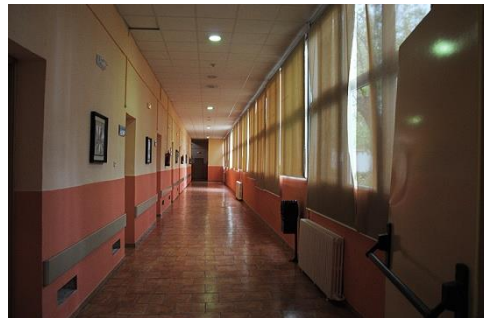


Fig. 15 – Corredor

Já as casas de banho têm cores mais vivas mas também com bastante luz. Existem quatro casas de banho: duas no andar superior e duas no andar inferior. No andar superior existe uma casa de banho de homens e outra de mulher. No andar inferior as casas de banho são utilizadas pelos pacientes com limitações de mobilidade.



Fig. 16 – Casa de Banho

Tratando-se de um serviço de psiquiatria, o regime de saídas e entradas é supervisionado, mantendo a porta de entrada fechada. Cada paciente, dependendo do seu comportamento, poderá sair ou não.

Anexo II – Reflexão “A pensar sobre...
Reabilitação em Psiquiatria”

A pensar sobre... Reabilitação em Psiquiatria

O verdadeiro amor não é mais que o desejo inevitável de ajudar o outro a ser quem é.

Jorge Bucay

Porque ninguém pode saber por ti. Ninguém pode crescer por ti. Ninguém pode buscar por ti. Ninguém pode fazer por ti o que tu mesmo deves fazer. A existência não admite representantes.

Jorge Bucay



VAZ, Eduardo. *Gestos de Carinho*. 2011

A reflexão sobre um assunto implica que saibamos o que actualmente se aceita como conceito, quais as características que o definem e quais os elementos que o compõem. Vou então, apresentar alguns conceitos universalmente aceites e que servem de base a qualquer programada de reabilitação implementada ou que se queira implementar.

Segundo a OMS (1995), reabilitação em psiquiatria *é um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independentemente da comunidade. Envolve tanto um incremento de competências individuais como a introdução de mudanças ambientais.*

Já o Relatório Mundial de Saúde (2001) refere que, *as estratégias de reabilitação psicossocial variam segundo as necessidades do utente, o contexto no qual é promovida a reabilitação (hospital ou comunidade) e as condições culturais e socioeconómicas do país onde é levada a cabo. As redes de habitação, reabilitação profissional, emprego e apoio social constituem assim aspectos da reabilitação psicossocial. Os principais objectivos são a emancipação do doente, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria da competência social e individual e a criação de um sistema de apoio de longa duração.*

Numa perspectiva mais pessoal Cordo (2003) define que a reabilitação não é o meio onde se faz, mas sim os métodos que se utiliza para atingir os objectivos, especifica que:

“Intervir em reabilitação, não é somente produzir (...) Implica aumentar a satisfação sentida pelo reabilitado; ajudá-lo a implementar estratégias para melhor gerir a sua realidade global, participar e promover a sua cidadania integral (...) é respeitar cada pessoa para além, ou apesar da doença; é assumir que o que importa não são só os serviços de reabilitação de que dispomos, mas os programas que conseguimos delinear, considerando cada indivíduo como primeira prioridade; é transformar a pessoa doente numa gestora consciente e crítica das suas competências e das suas incapacidades; é ainda informar sem iludir, motivar sem impor, sugerir sem ameaçar, apoiar sem proteger e tantas vezes, estar presente sem se deixar ver.” (Cordo. 2003:83).

Neste sentido podemos dizer que a reabilitação faz parte da prevenção terciária, e trata-se de um processo que consiste em ajudar para que a pessoa volte ao nível mais alto possível do seu funcionamento. O objectivo é ensinar os indivíduos incapacitados pela doença mental a trabalhar e a viver independentemente, a superar bloqueios tanto em oportunidades quanto na motivação e seguir regimes de vida que tendem a manter ou restaurar o nível mais alto possível de bem-estar. (Sundeen in Stuart e Laraia.1998:275)

A mesma autora refere que a reabilitação psiquiátrica teve a sua origem na necessidade de pessoas com “doenças mentais sérias” vivessem, aprendessem e trabalhassem nas suas próprias comunidades. Este enfoque na pessoa, mas direccionado para um processo reabilitacional na comunidade, implicou a reestruturação dos serviços de saúde mental e a própria legislação vigente.

O modelo comunitário, inspirador do nosso actual sistema, foi particularmente preconizado pela OMS no início dos anos 70, sendo desenvolvido em vários países da Europa e da América do Norte, caracterizando-se, genericamente, pelo facto de as estruturas de intervenção:

- *Estarem localizadas mais perto da residência dos cidadãos;*
- *Serem parte do sistema de saúde geral, o que contribui para diminuir o estigma frequentemente associado às instituições psiquiátricas;*
- *Disponibilizarem a globalidade de cuidados (preventivos, terapêuticos e reabilitativos), de modo abrangente, com garantia da sua continuidade pela mesma equipa profissional e com estreita articulação entre os diversos prestadores.*

(http://www.arslvt.minsaude.pt/DocumentosPublicacoes/outrosdodumentos/Documents/Ref_Hosp_Psiquiatria.pdf)

Em Portugal actualmente é defendido e legislado, o abandono da cultura asilar para uma cultura comunitária do doente mental. Defende-se a reinserção social, o seguimento comunitário do processo reabilitacional e o envolvimento da própria comunidade no processo.

Esta perspectiva foi também assumida por Portugal, em 1985, na 2.ª Conferência de Ministros da Saúde do Conselho da Europa, em Estocolmo, a qual consignou que “a organização assistencial deveria transitar dos hospitais psiquiátricos para serviços comunitários baseados em hospitais gerais e em estreita articulação com as unidades de cuidados de saúde primários”. (http://www.arslvt.minsaude.pt/DocumentosPublicacoes/outrosdodumentos/Documents/Ref_Hosp_Psiquiatria.pdf)

O envolvimento da comunidade neste processo, directamente como interveniente ou indirectamente na formação e educação, contribui para o combate ao estigma social, na luta contra ao isolamento asilar e na prevenção de novas recaídas e reinternamentos do doente mental.

A desinstitucionalização dos serviços de saúde mental e a criação de serviços desta natureza ao nível dos cuidados primários, dos centros comunitários e dos hospitais gerais, adequados às necessidades dos doentes e das respectivas famílias podem contribuir para a inclusão social. Os grandes hospitais ou asilos psiquiátricos podem facilmente contribuir para reforçar a estigmatização. No âmbito de reformas dos serviços psiquiátricos, muitos países estão a abandonar a prestação de serviços de saúde mental através de grandes estabelecimentos psiquiátricos (em alguns dos novos Estados-Membros, as instituições desta natureza ainda representam uma grande parte da infra-estrutura dos serviços de saúde mental) em favor de serviços de proximidade. Esta tendência está em sintonia com a formação dos doentes, das respectivas famílias e do pessoal em estratégias de participação activa e de autonomização. (http://www.arslvt.minsaude.pt/DocumentosPublicacoes/outrosdodumentos/Documents/Ref_Hosp_Psiquiatria.pdf)

Porque a reabilitação não dá ênfase aos sintomas psicopatológicos mas sim às capacidades funcionais dos indivíduos (Cordo, 2003), o papel do enfermeiro torna-se

fundamental na capacitação e no empoderamento da pessoa no seu processo reabilitacional para que o processo de reinserção social seja o mais eficaz possível e se perspetive um futuro funcional e com número mínimo de internamentos.

A enfermagem psiquiátrica deve ser estudada nos contextos do paciente do paciente e do sistema social. Isso exige que o enfermeiro mantenha seu foco em três elementos: no indivíduo, na família e na comunidade. Os cuidados de enfermagem para pessoas com doença mental séria está relacionada a esses três elementos e com as actividades de avaliação, intervenção e avaliação final. (Sundeen in Stuart e Laraia.1998:276)

Esta visão integrada da reabilitação é, sem dúvida, o ideal para o bom funcionamento do doente mental na comunidade, no entanto, considero que este processo que visa a autonomia da pessoa poderá ser de difícil aplicação prática em alguns casos. A doença mental grave, que afecta as capacidades motoras e cognitivas da pessoa em grande percentagem dos casos, não permite uma independência total da pessoa na comunidade, continuando a pessoa depender de estruturas organizacionais ou da boa vontade alheia.

Não sendo um “Velho do Restelo”, considero que a reabilitação exige um despertar para a autonomia, um reaprender a viver e uma nova forma de encarar o mundo, mas é necessário ter consciência que existem limitações individuais inerentes à pessoa, à gravidade da doença e à capacidade da comunidade em dar resposta. Considero que é fundamental um traçar realista de objectivos tendo sempre em conta os recursos existentes e as limitações da pessoa. Conquistar a autonomia por etapas em que cada objectivo traçado foi atingido é uma grande vitória para o paciente, para a família e para o profissional.

Programa de reabilitação no Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain

O programa de reabilitação do Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain inicia-se na notificação do paciente para este programa (detecção de casos). Esta notificação vem normalmente do Centro de Saúde Mental, mas poderá vir de um Hospital geral ou da Unidade de Hospitalização Breve (UHB). Após esta notificação uma equipa multidisciplinar reúne-se, estuda caso por caso e identifica (ou não) necessidades de cuidados de reabilitação (avaliação). Identificadas essas necessidades é feito um PIR (plano individualizado de reabilitação) e o paciente integra os dispositivos de reabilitação tendo em conta os objectivos traçados e as necessidades afectadas (gestão de casos). Os dispositivos de reabilitação são o Centro de dia de Reabilitação, as Unidades de

Reabilitação 1 e 2, os apartamentos supervisionados e o Hospital de Dia. (Programa de reabilitación y apoyo comunitário Instituto Psiquiátrico José Germain. 1997).

O Plano individualizado de reabilitação é um plano estruturado, definido pela equipa multidisciplinar mas “formalizado no papel” pelos psicólogos. A sua aplicação envolve todos os profissionais e a constante avaliação da sua aplicação implica a sua frequente reestruturação.

O desenho do PIR apresenta o seguinte formato:

- 1 – necessidades do paciente;
- 2 – recursos do paciente;
- 3 – objectivos de reabilitação;
- 4 – actividades e áreas de intervenção;
- 5 – estruturação temporal.

A execução do PIR passa pela reabilitação laboral, a reabilitação psicossocial e a reabilitação ocupacional.

A reabilitação laboral está relacionada com as habilidades e ajuste laboral, com a orientação vocacional e a procura de emprego.

A reabilitação psicossocial tem como objectivos estimular a autonomia e autocuidado nas actividades da vida diária, desenvolver e estimular o funcionamento cognitivo, realizar educação para a saúde, desenvolver técnicas de autocontrolo, estimular as habilidades sociais, prevenir recaídas e intervir junto das famílias através da psicoeducação.

A reabilitação ocupacional como o próprio nome indica passa pelo desenvolvimento de actividades ocupacionais, o estímulo da autonomia e autocuidado e a adesão à medicação.

Como já foi referido neste programa, todos os profissionais intervêm na sua implementação. No entanto, foi desenvolvido o sistema de Tutorias.

As Tutorias é um sistema de trabalho que:

- permite trabalhar um conceito global e individual do paciente;
- precisa de um trabalho multidisciplinar;
- é um processo dinâmico;
- implica os pacientes na detecção, selecção, priorização e estabelecimento de metas e seguimento dos seus resultados.

Deve ter em conta que:

- devem formar-se metas pequenas, claras e graduais;

- os progressos devem ser acompanhados de frequente feedback e reforço positivo;
- as mudanças destes pacientes são, frequentemente, muito lentos;
- são utilizadas técnicas de modificação de conduta;
- e é necessária uma continua formação da equipa multidisciplinar.

O tutor é a pessoa encarregada de supervisionar a execução do PIR. É o profissional que intervém directamente na realização do plano, na sua execução e na sua avaliação. Tem como função facilitar o acolhimento na unidade do paciente durante os primeiros dias de internamento e participar na articulação dos recursos assistenciais, residenciais, económicos e ocupacionais que são necessários para garantir a recuperação do paciente e integração na comunidade.

Foi designado que os tutores são as *Auxiliares de Enfermeria*, sendo estas, tutoras de 4 a 5 pacientes.

Durante a aplicação deste plano realizam registos periódicos nas áreas:

- higiene, vestuário, alimentação, hábitos para o sono, medicação, dinheiro, actividades, ócio, ambiente, relações, família, transporte e condutas problema.

Como foi dito o PIR é reformulado periodicamente, mas tratando-se as UR unidades de médio internamento (entre 6 a 9 meses) os objectivos são traçados dentro desse período. Por isso são traçados objectivos pouco ambiciosos e graduais, o que leva muitas vezes a que o plano se prolongue no tempo e ultrapasse o preconizado para atingir o seu principal objectivo: o máximo de autonomia para a pessoa.

Bibliografia

- CORDO, Margarida. *Reabilitação de Pessoas com Doença Mental*. Lisboa: Climepsi Editores. 2003.
- PROGRAMA DE REHABILITACIÓN Y APOYO COMUNITÁRIO INSTITUTO PSIQUIÁTRICO JOSÉ GERMAIN. 1997.
- RELATÓRIO MUNDIAL DE SAÚDE - Saúde mental : nova concepção, nova esperança/ World Health Organization,. Lisboa. Direcção Geral de Saúde. 2002
- STUART, Gail W.; LARAIA, Michele T.. *Enfermagem Psiquiátrica – Princípios e Prática*. Porto Alegre. Artmed. 6ª ed .2001.

(http://www.arslvt.minsaude.pt/DocumentosPublicacoes/outrosdocumentos/Documents/Ref_Hosp_Psiquiatria.pdf)

Anexo III – Reflexão: “O Resto ainda é
Muito...Uma reflexão sobre esquizofrenia”

O Resto ainda é Muito... Uma reflexão sobre esquizofrenia.

O programa de reabilitação do *Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain* inclui o desenvolvimento de actividades em que o paciente aprende sobre a sua doença, como pode detectar e diminuir os seus sintomas e essencialmente a aceitá-la. Este objectivo normalmente é conseguido através de sessões de educação para a saúde individuais ou em grupo.



Vaz, Eduardo. *Juntos estamos melhor*. 2010

No decorrer desta semana, foi chamado à consulta de psicologia um paciente homem, já com uma certa idade e com uma degradação física evidente para avaliar como estava o processo de reabilitação a decorrer. Durante a consulta foi-lhe perguntado se sabia qual era o seu diagnóstico médico. Sem retirar os olhos do chão respondeu, em tom baixo de voz, que sim, que era esquizofrenia residual. Foi-lhe então perguntado se sabia o que era. Mais uma vez respondeu que sim e num tom de voz ainda mais baixo, quase inaudível disse, levantado o olhar, “é o resíduo que fica de uma pessoa”.

Fez-se silêncio e pouco mais foi dito sobre o tema. Todos os profissionais presentes sentiram as palavras que o paciente pronunciou e nenhum deles conseguiu acrescentar o que quer que seja, a esta ideia.

Eu senti um aperto no estômago, aquela moinha nervosa que aparece em certos momentos importantes da nossa vida, e as palavras deste paciente ecoaram na minha cabeça durante horas nesse dia. Reflecti muito sobre o assunto e tentei encontrar uma definição mais completa de esquizofrenia residual mas a verdade é que nenhuma me satisfaz e a define com tanto incómodo como o paciente a definiu.

Ao consultar a DSM IV esta refere-nos que a *Esquizofrenia, Tipo Residual deve ser usado quando houve pelo menos um episódio de Esquizofrenia, mas o quadro clínico actual não apresenta sintomas psicóticos positivos proeminentes (por ex., delírios, alucinações, discurso ou comportamento desorganizados)*. (F20.5x - 295.60 Tipo Residual - DSM.IV)

Existem contínuas evidências da perturbação, indicadas pela presença de sintomas negativos (por ex., afecto embotado, discurso pobre ou avolição) ou dois ou mais sintomas positivos atenuados (por ex., comportamento excêntrico, discurso levemente desorganizado ou crenças incomuns). Se delírios ou alucinações estão presentes, eles não são proeminentes nem são acompanhados por forte afecto. O curso do Tipo Residual pode ser limitado, representando uma transição entre um episódio

pleno e uma remissão completa. Entretanto, ele também pode estar presente de uma forma contínua por muitos anos, com ou sem exacerbações agudas.

Um tipo de Esquizofrenia no qual são satisfeitos os seguintes critérios:

A. Ausência de delírios e alucinações, discurso desorganizado e comportamento amplamente desorganizado ou catatónico proeminente.

B. Existem evidências contínuas da perturbação, indicadas pela presença de sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas relacionados no Critério A para Esquizofrenia, presentes de forma atenuada (por ex., crenças estranhas, experiências perceptuais incomuns).

A CID 10 define a Esquizofrenia residual como Estádio crónico da evolução de uma doença esquizofrénica, com uma progressão nítida de um estágio precoce para um estágio tardio, o qual se caracteriza pela presença persistente de sintomas "negativos" embora não forçosamente irreversíveis, tais como lentidão psicomotora; hipoactividade; embotamento afectivo; passividade e falta de iniciativa; pobreza da quantidade e do conteúdo do discurso; pouca comunicação não-verbal (expressão facial, contacto ocular, modulação da voz e gestos), falta de cuidados pessoais e desempenho social medíocre.

Se fizer a comparação destes critérios com o que o paciente disse será que a definição que ele apresentou não estará tão completa?

Ao consultar o dicionário da língua portuguesa e procurarmos a definição de resíduo encontramos: *Que resta. s. m. Aquilo que resta. O que fica das substâncias submetidas à acção! de vários agentes químicos; fezes; resto.* Pois não será a esquizofrenia residual o que resta depois do instalar da doença?

Fez-me pensar e ao olhar para trás e visualizar os pacientes que apresentam este diagnóstico apercebi-me que a esquizofrenia não é só incapacitante mas reduz o ser humano na sua verdadeira essência, deixando por vezes *o resto de uma pessoa* que antes da doença tinha expectativas de um futuro sem limitações.

Não estou a dizer que estes doentes não apresentem expectativas, pelo contrário, só estou a focalizar a parte negativa da doença que se evidencia nas limitações que facilmente observamos nestes doentes. Muitos pacientes conseguem uma vida quase normal, autónomos e com o mínimo de ajuda institucional. E apresentam expectativas, sonhos e desejos. Se assim não fosse, os programas reabilitacionais a que tenho assistido e todo o trabalho que tem sido desenvolvido com estas pessoas seria inglório.

Esta semana fui visitar os apartamentos supervisionados. Os apartamentos supervisionados são apartamentos onde residem vários pacientes que sofrem de patologia mental e que foram submetidos a um programa de reabilitação que lhes permite viver em comunidade de forma quase independente. Podem ser coabitados por pessoas do mesmo género ou podem ser mistos. São supervisionados porque de segunda a sexta-feira uma

enfermeira e uma *auxiliar de enfermeria* visitam todos os apartamentos para avaliar se os pacientes estão a seguir o contracto que fizeram com a instituição.

Todas as tarefas domésticas são realizadas pelos pacientes, incluindo as compras de supermercado que são realizadas todas as terças-feiras no ponto comercial mais próximo da sua residência. O dinheiro utilizado é o dos próprios pacientes, que recebem uma quantia igual de dinheiro para realizar as compras. A ida ao supermercado é gerida entre os pacientes, alguns vão sozinhos outros vão em grupo.

Antes de ingressar neste apartamentos supervisionados, o paciente para além do programa de reabilitação a que se submeteu, tem que passar por um período de experiência nesse apartamento para perceber se consegue viver sozinho e conviver com os outros pacientes. Este período demora cerca de 15 dias e se, se verificar que o paciente segue as normas impostas no seu ingresso, assina um contracto que lhe permite residir desse apartamento.

Todo este processo é validado e supervisionado pela enfermagem.

Embora o ideal fosse que os pacientes vivessem completamente autónomos nestes apartamentos, poucos são os que gerem a sua terapêutica e o seu dinheiro. A maioria desloca-se ao instituto onde tomam a sua medicação na presença do enfermeiro e onde se lhe dá o dinheiro para o dia, para a semana ou para o mês dependendo dos casos.

Esta estratégia de integração do paciente mental na comunidade está muito bem desenvolvida e permite que o doente seja mais autónomo, que a comunidade também contribua para a reabilitação do doente mental e se consiga diminuir o estigma do doente mental. No entanto uma grande limitação se impõe: o número reduzido de apartamentos não permite suprimir a quantidade de pacientes que apresentam todas as condições necessárias para poderem residir nestes apartamentos, pelo que apenas alguns podem usufruir desta medida de reinserção social.

Estes apartamentos supervisionados permitiram-me encarar a reabilitação de outra forma, ter uma visão mais positiva do que se pode fazer para que estes pacientes tenham uma vida mais digna e autónoma. Afinal *o resto* ainda é muito...

Anexo IV – Reflexão: “A pensar sobre cuidar em reabilitação... Uma simples ida ao cinema”

A pensar sobre...

Cuidar em reabilitação...

Uma simples ida ao cinema

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afectivo com o outro.



Vaz, Eduardo. 2011. *A imagem do Cuidar*

Leonardo Boff

Quando falamos em cuidar em enfermagem, facilmente nos deixamos levar pela imagem cliché da enfermeira de branco na cabeceira da cama do doente que cuida dele com todo o carinho e atenção. Perante esta imagem, algumas perguntas me vêm logo à cabeça: para cuidar em enfermagem é necessário que a pessoa esteja doente? e O acto de cuidar tem que ser numa instituição de saúde? Reabilitação em psiquiatria não é cuidar?...

Pois por pensar que a resposta a todas estas perguntas é negativa, vou-me debruçar sobre o conceito de cuidar em reabilitação psiquiátrica.

Phaneuf (1976) citada por Kemp e Richardson(1995. p. 64) diz que *cuidados de enfermagem são um processo de interacção e de transacção dentro do qual se realizam tarefas e actividades, mas o cuidado ao doente é mais que a soma das tarefas e das actividades implicadas.*

Segundo Hasbeen (2000) o conceito de cuidar designa uma atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajuda-la, a contribuir para o seu bem-estar, a promover a sua saúde.

Mas esta atenção especial não é feita empiricamente, cuidar em enfermagem não é intuitivo, requer meios, método e reflexões.

Como refere Hasbeen (2000: 7) “O aumento dos meios não serve de nada e não pode ser validamente argumentado se a prática do cuidar não for previamente enriquecida por uma reflexão essencial, a da perspectiva dada às acções”.

Neste sentido vou iniciar uma reflexão sobre uma ida ao cinema com os pacientes

internados na UR1 (Unidad de Rehabilitación 1).

Quando falamos numa saída ao cinema naturalmente a ligamos a lazer, a tempos livres, a bons momentos passados com os amigos mas, quando nos referimos a uma saída ao cinema com um grupo de pacientes psiquiátricos a questão muda de figura. Passa-se de um momento de lazer e relaxamento para um momento de constante atenção, supervisão e reabilitação.

Uma simples ia ao cinema para o doente psiquiátrico (importante fazer a ressalva de que estamos a falar de doentes esquizofrénicos, com sintomatologia negativa bem marcada) não é só assistir a um filme, talvez com uma boa companhia, talvez ao sabor das pipocas mas é um momento de autonomia, de tomada de decisões, de estímulo cognitivo e de concentração, uma “verdadeira aventura”.

Quando me falavam que iria acompanhar um grupo de 10 pacientes ao cinema, inicialmente fiquei apreensivo, com medo mesmo, mas depressa me apercebi que este momento seria uma óptima oportunidade para conhecer melhor as pessoas por detrás do paciente, isto é, permitir observar como os pacientes se comportam em sociedade, que tipos de interesses têm e que escolhas fazem, sempre numa perspectiva de reabilitação e do cuidar.

Esta saída, foi planeada com antecedência pois para além dos aspectos burocráticos e organizacionais, envolve a mobilização de recursos económicos e humanos. Mas recursos à parte, é de importância maior referir que o processo de reabilitação não é espontâneo. É um processo planeado, executado de acordo com os recursos existentes e avaliado no final.

Foi colocada a questão a todos os pacientes internados, pergunta fechada e de resposta simples “Quer ir ao cinema, na segunda-feira à tarde?”. Embora as respostas não se tenham apresentado na forma dicotómica do sim ou não, esta pergunta permitiu fazer uma selecção imediata dos pacientes. Esta triagem foi importante na medida que os recursos existentes permitiam a ida de dez pacientes ao cinema. Seleccionados quinze pacientes, era agora importante excluir cinco. Foi então verificada a importância desta saída para cada paciente, a participação em saídas anteriores de cada um e a importância desta saída para o processo de reabilitação individual. Feita a selecção final chegou-se aos dez pacientes que iriam participar na actividade. Foi explicado aos que não iriam as razões desta selecção que compreenderam de imediato. Fiquei surpreso com alguns pacientes que não iriam participar, pois pelos seus comportamentos anteriores adivinhavam comportamentos de hostilidade e revolta, no entanto nada aconteceu e

encararam a situação de forma pacífica e compreensiva.

Durante a semana que se seguiu foi lembrado várias vezes aos pacientes esta saída, para que não marcassem actividades ou saíssem e não voltassem a tempo e também para que poupassem algum dinheiro para algo que quisessem comprar, pois o cinema encontra-se num centro comercial.

Perspectivavam-se desistências, o que levaria a reorganizações de ultima hora, mas tal facto não aconteceu. Eram seis em ponto, logo após o lanche, lá estavam eles à espera para sair.

Foram dez pacientes, eu e um Enfermeiro. Antes de sair, destinaram-se tarefas a cumprir: um paciente compraria os bilhetes de cinema, outro os bilhetes de metro e outro contaria de vez em quando as pessoas e transmitia o feedback.

Já no exterior o paciente responsável da contagem contou as pessoas pertencentes ao grupo, “somos doze” referiu, para eles deixámos naquele momento de ser enfermeiros e pacientes. Éramos um grupo de amigos que iam juntos ao cinema. Confesso que em breves momentos também me esqueci do meu estatuto e função pois o fluir das conversas era por vezes natural e pessoal que lembrava mesmo um grupo de amigos. No entanto, a atenção esteve sempre mantida e sem que estivesse previamente combinada a organização entre mim e o outro enfermeiro estabeleceu-se de imediato. Um ia á frente explicando o caminho e o que fazer e o outro ia atrás vigiando o grupo.

Deslocámo-nos para o metro e, quase em fila indiana, chegámos rápido e sem grande alvoroço. Chegou o momento de comprar os bilhetes de metro: havia um paciente que tinha essa tarefa a cumprir. O enfermeiro acompanhou os pacientes à máquina dos bilhetes e transformou aquele momento num momento de ensino, começou por perguntar qual era o destino da viagem, pediu ao paciente responsável de contar as pessoas que validasse o número de bilhetes a comprar e explicou como funcionar com a máquina.

Bilhetes comprados, mais uma explicação vinha em caminho: como passar no controlo do metro. Um a um e ordeiramente passaram após se explicar que só poderiam passar após picar o bilhete, um de cada vez e quando a porta abrir. Nenhum comportamento anormal se observou a não ser o comportamento de um paciente (que repetiu no regresso) que quando chegou o momento de atravessar a porta começou a correr e depois de atravessar respirou fundo, de alívio talvez, mas que me suscitou algum interesse. Questionei o paciente sobre o seu comportamento, mas este referiu que não queria falar sobre o assunto. Deixei para mais tarde validar e tentar compreender o porquê do paciente reagir assim.

Chegámos ao cinema e chegou a altura de escolher o filme. De início pensei que do leque de filmes que se apresentavam iriam escolher um filme de acção, ou um filme para rir mas não, surpreendentemente a maioria escolheu um filme italiano ao estilo de comédia romântica: “Desculpa mas quero-me casar contigo” chamava-se.

Dirigimo-nos para a bilheteira e o paciente responsável por comprar os bilhetes, depois de se lhe entregar o dinheiro foi a bilheteira acompanhado pelo enfermeiro e fez o pedido de 10 bilhetes (o dinheiro dos profissionais e dos pacientes ia separado porque representavam despesas diferentes para a instituição), o enfermeiro mais uma vez apelou ao estímulo cognitivo do paciente pedindo que fizesse as contas da totalidade do dinheiro a pagar, o paciente após fazer um esforço disse que eram 80 euros, a senhora da bilheteira confirmou e quase soletrou o preço dos bilhetes ao perceber que se tratava de pacientes psiquiátricos.

Entregues os bilhetes faltava comprar os bilhetes dos profissionais: o do enfermeiro e o meu. Interessante o que se passou nesse momento, eu pedi 2 bilhetes e olhei para a senhora da bilheteira e ela olhou para mim e quase me soletrou também o preço dos bilhetes. Ao princípio incomodou-me e senti o estigma do doente mental a que me referi no primeiro portfolio mas depois pensei que se me estava a comparar aos outros pacientes eu não sou assim tão diferente e afinal que estava a ser preconceituoso era eu. Entreguei o dinheiro e fomos para a sala de cinema.

Sentamo-nos em duas filas e começou o filme, pensei que iriam fazer barulho e faltar-se do filme mas mais uma vez me enganei e ao primeiro barulho, logo um paciente pediu respeito e silêncio, e todos os outros respeitaram.

Durante o filme o comportamento dos pacientes foi normal, nada de estranho se passou, apenas se levantaram para ir à casa de banho e intuitivamente eu e o enfermeiro alternámo-nos para acompanhar os pacientes.

O filme terminou. Seguiu-se o regresso à unidade. Todos os procedimentos foram os mesmos mas este percurso também foi aproveitado, e penso que muito bem, para realizar a avaliação da intervenção. Perguntou-se aos pacientes o que acharam do filme e do “passeio”, o que se lembravam do filme e se gostariam de repetir, estimulando-lhes assim a memória e colhendo dados para justificar futuras intervenções semelhantes.

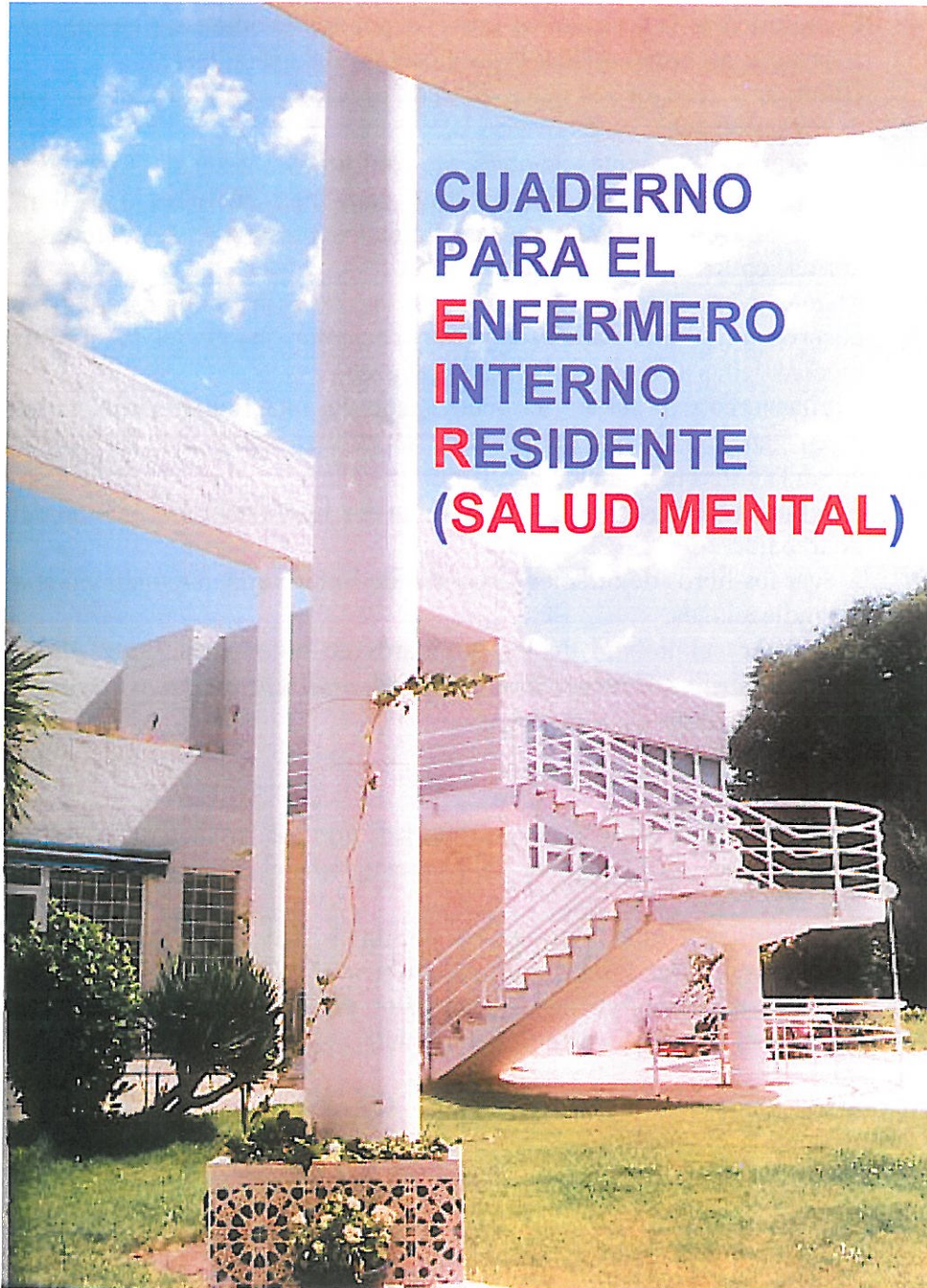
Muitos detalhes foram omissos, pois pela riqueza que constituem os factos em saúde mental qualquer pormenor é de relevância variável mas nunca de relevância nula, pelo que descrever todo este processo daria para preencher muito mais linhas e fazer muito mais reflexões mas tornaria este trabalho muito extenso e cansativo. Esta reflexão

serviu apenas para demonstrar que o conceito de cuidar não é auto limitado no espaço e no tempo mas vai muito além de quatro paredes e de fronteiras temporais envolvendo partilha de emoções, rotinas diárias de convivência, aceitação e respeito pela vida.

*Anexo V – Cuaderno Para El enfermero
Interno Residente (Salud Mental)*



Instituto Psiquiátrico
Servicios de Salud Mental
José Germain.



Dirección de Enfermería

DIPLOMADO EN ENFERMERIA

TAREAS FUNDAMENTALES

1. Ejercer las funciones de apoyo al médico, cumplimentando las instrucciones que reciban de aquél.
2. Cumplimentar la terapéutica prevista por los facultativos encargados de la asistencia, así como aplicar la medicación correspondiente.
3. Observar y recoger los datos clínicos necesarios para la correcta vigilancia de los pacientes.
4. Procurar a los pacientes un ambiente confortable, ordenado, limpio y seguro.
5. Preparar adecuadamente al paciente para intervenciones o exploraciones, atendiendo escrupulosamente los cuidados prescritos, así como seguir las normas en los cuidados postoperatorios.
6. Mantener ordenadas y actualizadas las historias clínicas, realizando las observaciones necesarias de cada paciente, manteniendo informado al médico de las alteraciones que se produzcan.
7. Vigilar la conservación y el buen estado del material sanitario, instrumental y, en general, de cuantos aparatos se utilicen en su área de actividad, así como la correcta higiene del mismo.
8. Efectuar la preparación del carro de curas e instrumental, así como del cuarto de trabajo.
9. Llevar los libros de órdenes y registro de Enfermería, anotando en ellos todas las indicaciones.
10. Coordinar el trabajo de los auxiliares de enfermería. *Esta última tarea adquiere gran importancia en Salud Mental. Los cuidados básicos forman parte de la terapia del paciente.*

PERMISOS

1. Ante cualquier dificultad de entidad que se encuentre, es obligatorio comunicarlo a la Tutora de la Especialidad del Área (Herminia González López)
2. Los permisos serán autorizados por la Tutora y los justificantes de las ausencias justificadas se remitirán también a la Tutora.
3. Es necesario nombrar un **Supervisor de Prácticas**, que deberá ser un Enfermero Especialista en Salud Mental.

DISPOSITIVOS Y PROGRAMAS DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL JOSÉ GERMAIN

DISPOSITIVOS SANITARIOS	Programas	DISPOSITIVOS INTERMEDIOS	DISPOSITIVOS SOCIALES	DISPOSITIVOS DE GESTIÓN CIUDADANA
CENTRO SALUD MENTAL (uno por Distrito)	Evaluación, A. ambulatoria A. domiciliaria Apoyo A. Primaria Apoyo Serv. Sociales Seguimiento	CENTRO AMBULATORIO DE TTo Y REHABILITACIÓN	PISOS PROTEGIDOS	CLUB SOCIAL (Asociación Familiares y Enfermos Mentales)
		Programa de Rehabilitación y de Apoyo Comunitario		
HOSPITALIZACIÓN BREVE (Una por Hospital)	Interconsulta Hospital General	Taller de Habilidades Domésticas.	UNIDAD RESIDENCIAL	Fundación Desarrollo Salud Mental
		Talleres Rehabilitación		
		UNIDAD REHABILITACIÓN (I y II)	Talleres Ocupacionales	Programa de Empleo Protegido
HOSPITAL DE DÍA				
		Pisos Supervisados	Centro Agrícola	Pisos Supervisados

SERVICIO DE ATENCIÓN AMBULATORIA

DISPOSITIVOS

1. Centro de Salud Mental.de Distrito.

OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN

1. Conocimiento de la atención en la primera demanda.
2. Conocimiento de la actividad de Enfermería en un Centro de Salud Mental (consultas de enfermería, urgencias y visitas domiciliarias).
3. Adquirir las habilidades básicas para el contacto terapéutico en el paciente ambulatorio, según patologías.
4. Conocimiento del Programa de Continuidad de Cuidados.
5. Conocerá los Protocolos de Actuación existentes para consultarlos gradualmente a lo largo del rotatorio.
6. Participará en las Coordinaciones Interdisciplinarias del Centro para conocer el nivel de intervención de cada profesional.
7. Conocerá las actividades formativas que elabore el grupo de docencia de la Unidad y participará en ellas.
8. Identificará y analizará actitudes y respuestas estereotipadas.
 - a. De uno mismo
 - b. De los profesionales de enfermería
 - c. De otros profesionales del equipo terapéutico
9. Describirá los principios que rigen una relación terapéutica. Identificará adecuadamente las técnicas de comunicación verbal.
10. Identificará las distintas psicopatologías, los síntomas de las distintas neurosis y las diferentes psicosis.
11. Identificará (si ocurriera) los signos anticipatorios de una posible crisis. Describirá las intervenciones de enfermería relativas al manejo de los síntomas de los enfermos neuróticos y psicóticos.
12. Identificará los psicofármacos más utilizados, sus indicaciones, efectos secundarios y cuidados de enfermería de los pacientes que los están recibiendo.
13. Identificará el efecto de la conducta familiar sobre el paciente. Analizará la utilización de los recursos familiares para potenciar el estado de salud del paciente.
14. Identificará los sistemas de apoyo disponibles que favorezcan el equilibrio del paciente.
15. Planificará, desarrollará y evaluará un programa de educación para un grupo de pacientes.
16. Desarrollará habilidades para ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes y a reforzarlos. Comprobará, a su vez, el grado de conciencia de enfermedad (comprensión y grado de aceptación).
17. Desarrollará habilidades para poder asesorar al paciente tanto en cuidados básicos como para sustituir hábitos insanos por otros más saludables, así como para identificar y afrontar los factores estresantes.

18. Participará, junto con el profesional, para instruir al paciente en técnicas de relajación.
19. Ayudará a favorecer la autonomía del paciente e identificará junto a él el uso de mecanismos de defensa adecuados.
20. Educará al paciente para el uso adecuado de los fármacos prescritos y garantice una correcta adhesión al tratamiento.
21. Conocimiento del Programa infanto-juvenil (si lo tiene el Centro).

ACTIVIDADES DIARIAS

1. Participar en la atención a la primera demanda.
2. Asistir a consultas de enfermería y a consultas con familias.
3. Realizar visitas domiciliarias.
4. Participar en un grupo instaurado.
5. Elaborar un Plan de Cuidados Individualizado.
6. Asistir a la coordinación entre Programas y con Atención Primaria.
7. Llevar a cabo el seguimiento completo de un paciente en el proceso de atención de enfermería a nivel comunitario.
8. Atención a la Urgencia Psiquiátrica Ambulatoria.
9. Participación en la Consulta diaria de enfermería.

PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN BREVE Y URGENCIAS

DISPOSITIVOS

1. Servicio de Psiquiatría del Hospital de Fuenlabrada
2. Servicio de Psiquiatría del Hospital Severo Ochoa

OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN

1. Conocimiento de la Urgencia Psiquiátrica en sus diversas modalidades y actuación de Enfermería en las mismas.
2. Conocimiento de la actividad de Enfermería en la Unidad con los pacientes ingresados, según patologías.
3. Adquirir las habilidades básicas para el contacto terapéutico en el paciente ingresado, según patologías.
4. Conocimiento básico de la farmacología psiquiátrica aplicada a la clínica.
5. Conocimiento de los distintos protocolos de Enfermería, con especial atención al protocolo de contención mecánica.

ACTIVIDADES DIARIAS

1. Acudirá al cambio de guardia, para así entender el motivo de ingreso por urgencias en turno de tarde y noche (la mañana tiene proporcionalmente más ingresos programados).
2. Realizará la actividad asistencial habitual de cualquier Enfermero en la Unidad.
3. Realizará una memoria sobre sus actividades diarias.
4. Conocerá la normativa interna, tanto para pacientes como para familiares.
5. Acudirá a las urgencias externas e internas.
6. Acudirá a un Grupo de terapia instalado en la Unidad.
7. Elaborar un Plan de Cuidados.
8. Deberá acudir a la coordinación del equipo multidisciplinar.
9. Es necesario que acuda y participe en los relevos por cambio de turno entre enfermeros.

PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN PARCIAL

DISPOSITIVO

1. Hospital de Día

OBJETIVOS DE LA ROTACIÓN

2. Conocimiento de la *Terapia del Medio*, que busca la contención y la intervención psicosocial intensiva.
3. Adquirir las habilidades básicas para el contacto terapéutico en el paciente ingresado, según patologías.
4. Conocimiento de la contención en crisis del paciente por parte de la Enfermera.
5. Conocimiento básico de la farmacología psiquiátrica aplicada a la clínica.
6. Conocimiento de las intervenciones grupales por parte del personal de enfermería.

ACTIVIDADES DIARIAS

1. Realizará la actividad asistencial habitual de cualquier Enfermero en la Unidad.
2. Interactuar con los pacientes para crear una estructura terapéutica que favorezca la comunicación entre los pacientes, se detecte precozmente conflictos y fomente la participación en las actividades.
3. Colaborar también en la administración del tratamiento psicofarmacológico y control analítico.
4. Participar en las terapias individuales, grupales y familiares.
5. Participar en los Talleres establecidos en la Unidad
6. Asistir a las entrevistas individuales y familiares.
7. Conocer en el seguimiento post alta.
8. Asistir a la coordinación del equipo multidisciplinar.
9. Realizar un Plan de Cuidados Individualizado
10. Hacer Memoria de la Rotación.

RESIDENTES E.I.R

PROCESO EN CONTINUIDAD DE CUIDADOS Y REHABILITACIÓN.

DISPOSITIVOS

- 1. Unidad de Rehabilitación I
- 2. Unidad de Rehabilitación II
- 3. Centro Ambulatorio de Tratamiento y Rehabilitación.
- 4. Pisos Supervisados

OBJETIVOS

1. Conocimientos del Programa de Rehabilitación y del Programa de Apoyo Comunitario.
2. Conocimiento de los cuidados de enfermería en los trastorno mental grave suministrando continuidad de cuidados, rehabilitación y prevención
3. Adquirir las habilidades básicas para el contacto terapéutico en el paciente ingresado, según patologías.
4. Conocimiento básico de la farmacología psiquiátrica aplicada a la clínica.
5. Conocimiento del trabajo multidisciplinar y de Continuidad de Cuidados en coordinación con los Centros de Salud Mental.

ACTIVIDADES

1. Realizará la actividad asistencial habitual de cualquier Enfermero en la Unidad.
2. Participar en sesiones de coordinación de los Programas de Rehabilitación y de Apoyo Comunitario.
3. Colaborar en los procesos grupales instalados en los que participen Enfermería.
4. Colaborar en el Programa de Autoadministración de la Medicación.
5. Participar en las Consultas de Enfermería de pacientes y familiares.
6. Realizar un Plan Individualizado de Cuidados en Rehabilitación.
7. Participar en el desarrollo del Plan Individualizado estableciendo niveles mínimos de competencia y habilidades de autocuidado y autonomía básica.
8. Llevar a cabo un seguimiento completo del paciente en el proceso de atención de enfermería (PAE) mediante el sistema de tutorías.
9. Participar en las reuniones de coordinación multidisciplinar.
10. Participar en las Actividades de Ocio y Tiempo Libre.

PROGRAMA DE CUIDADOS PSIQUIATRICOS PROLONGADOS

DISPOSITIVOS

1. Unidad Residencial

OBJETIVOS

1. Conocimiento de los cuidados de enfermería en los trastornos mentales de pacientes crónicos.
2. Adquirir las habilidades básicas para el contacto terapéutico en el paciente ingresado, según patologías psiquiátricas y somáticas.
3. Conocimiento básico de la farmacología psiquiátrica aplicada a la clínica.

ACTIVIDADES

1. Realizará la actividad asistencial habitual de cualquier Enfermero en la Unidad.
2. Participar en sesiones de coordinación del equipo multidisciplinar.
3. Realizar consultas de enfermería psiquiátrica y somática.
4. Realizar consultas de enfermería con familiares.
5. Participar en grupos instalados, en su caso.
6. Conocer el Gestor de Casos.
7. Colaborar en la elaboración y desarrollo de un Plan Individualizado de Enfermería.
8. Conocer el Programa de Ocio y Tiempo Libre. Participar en las actividades que se desarrollen dentro de la Unidad.

DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

DISPOSITIVOS

1. EUE Comunidad de Madrid (Universidad Autónoma de Madrid)
2. Aula Docencia Instituto Psiquiátrico SSM José Germain.
3. Recursos externos.

OBJETIVOS

Complementar la formación del Enfermero Especialista en Salud Mental.

ACTIVIDADES

1. Los jueves se ausentará del servicio por haber Docencia en la Escuela Universitaria de Enfermería Comunidad de Madrid (Leganés).
2. Se podrán autorizar cursos de formación continuada, cursos especializados, asistencia a conferencias, seminarios y talleres si éstos son de interés para la especialidad y están autorizados por la Tutora y la Escuela Universitaria.
3. Realizarán un Proyecto de Investigación. El seguimiento lo realiza la Escuela Universitaria.
4. Cualquier otra que la Unidad Docente considere.

*Anexo VI – Caso Clínico – Un paciente con
Trastorno dismórfico corporal*

Caso Clínico

Un paciente con

Trastorno dismórfico corporal

Alumno: Eduardo Vaz
Tutores: José Manuel García
Trancón
Prof: Sarreira Santos

Leganés, 2011

Agradecimientos

Este trabajo no era posible sin la colaboración, atención y cariño de la equipa fantástica de la UR1.

Por eso, quiero agradecerles por todo lo que hicieron por mí.

Quiero también agradecer a mi tutor El Supervisor José Manuel García Trancón, por la orientación y supervisión de mis prácticas.

Y quiero agradecer en especial al enfermero Iñigo por la orientación y paciencia durante la ejecución del trabajo.

Pensamiento

Hijo de un río y una flor (Cefiso y Liríope), Narciso se transforma en un niño adolescente extremadamente bello.

Narciso, es hermoso como una flor silvestre, de esas que nacen junto a las fuentes. Y es precisamente allí, en una de esas fuentes de agua cristalina dónde Narciso encuentra su destino y se desata el mito.

El niño descubre un día su reflejo, ve la más hermosa criatura que jamás ha visto y atraído por la imagen de esa belleza comienza a amar algo que es una esperanza sin cuerpo.

Narciso piensa que es cuerpo lo que, en realidad es agua, nada más que una sombra reflejada, pura transparencia. Queda atrapado por estas imágenes esquivas, y se enamora desde el primer momento, desde la primera mirada, porque al tiempo que mira es, igualmente, mirado, al tiempo que busca es buscado. Entonces juega, coquetea con su reflejo.

Ensimismado, oye que lo llaman, unas voces a su espalda, pero, no puede contestar, está atrapado.

Solo existen, Narciso y su reflejo. Pero, cómo alcanzar un reflejo, una ilusión.

Narciso, lucha por unirse a su reflejo y por alejarse de él y cae.

Cae en un torbellino de pasiones. Cumple su destino, y el de sus padres. Cae al agua y se transforma.

Ya no será Narciso, o tal vez lo será para siempre.

A partir de ahora será esa flor azafranada de la orilla de las fuentes que rodea el centro con blancas hojas, etérea como el agua, bello como una flor.



Versión: Mirta Rodríguez

Índice

Introducción.....	5
1. Biografía.....	7
2. Historia Escolar y Laboral.....	8
3. Personalidad Previa.....	9
3.1. Relaciones sociales.....	9
3.2. Actividades intelectuales y motoras.....	9
4. Antecedentes familiares.....	10
5. Antecedentes Personales.....	11
5.1. Historia somática.....	11
5.2. Historia psiquiátrica.....	11
6. Internamiento Actual.....	13
7. Diagnóstico Diferencial.....	14
8. Plan de Cuidados.....	16
Notas finales.....	28
Bibliografía.....	29

Introducción

El periodo de prácticas es un periodo de grande aprendizaje, siempre necesaria para el desarrollo profesional con cualidad y seguridad.

Es aprendizaje se puede hacer de muchas maneras y cada persona aprende de forma individual y utiliza sus propias metodologías. Los Casos Clínicos permiten un profundizar de conocimientos sobre determinada materia o asunto del interés del investigador.

Según Lüdke referido por Galdeano et. al. (2003) un Caso Clínico puede ser definido como una investigación de un proceso delimitado o de un caso, conseguido con una pormenorizada coleta de datos, utilizando múltiples orígenes de información, importantes en la tomada de decisiones.

Es definido por Sousa (2010) como una exploración de un sistema delimitado o de un caso, conseguido utilizando la coleta de datos detallada, envolviendo múltiples fuentes de información.

Para Fidel (1996), el Caso Clínico es un abordaje de investigación especialmente adecuada si se procura comprender, explorar o describir acontecimientos y contextos complejos, en los que están simultáneamente envueltos diversos factores. Según este autor, este abordaje se adapta a la investigación cuando el investigador:

- Es confrontado con situaciones complejas, que dificultan la identificación de las variables;
- Dirige la investigación para las prácticas de exploración, clasificación y desenvolvimiento de las variables, en el proceso de construcción de conocimiento;
- Visa describir o analizar el fenómeno accedido directamente, de forma profunda y global.
- Necesita de preservar carácter único, específico, diferente y complejo del caso.

Fidel (1996) explica la metodología usada en el Caso Clínico, mediante los siguientes parámetros y criterios:

1. el fenómeno es observado en su ambiente natural;
2. la complejidad de la entidad estudiada es analizada profundamente;
3. Se procura encontrar interacciones entre factores relevantes propios de esa entidad.
4. los datos son recogidos utilizando la observación, la entrevista, las notas escritas, etc.;
5. la pesquisa engloba las cuestiones “como?” y “porqué?”, en vez de “qué?” y “cuántos?”;

6. Los resultados obtenidos dependen fuertemente del poder de integración del investigador.

En el ámbito de mis prácticas del Módulo III me he propuesto hacer un Caso Clínico y presentarlo a la equipa multidisciplinar proporcionando así un momento de aprendizaje para mí y para la equipa.

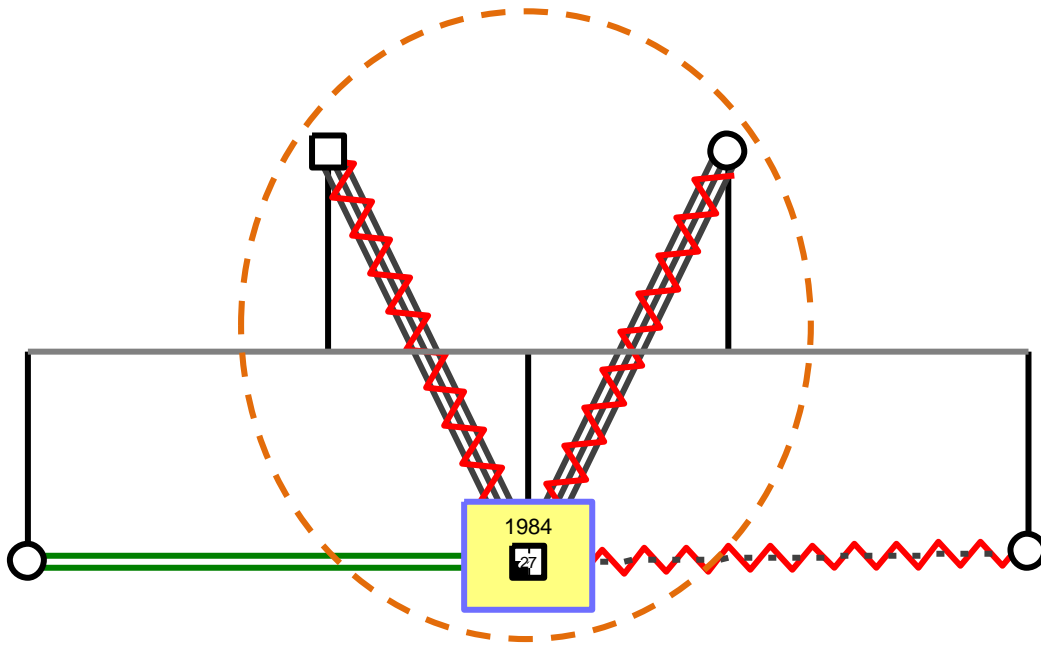
He escogido un caso de un paciente con trastorno dismórfico corporal porque no es un trastorno muy frecuente y no sabía mucho del tema, pero qué me pareció importante profundizar el tema.

Como metodología se ha utilizado la consulta del proceso clínico del paciente, varias entrevistas al paciente y la consulta con los profesionales de la unidad.

1. Biografía

Se ha designado el paciente por JR (nombre ficticio) para proteger su confidencialidad. Es un varón de nacionalidad española, natural de Parla (Madrid), soltero, a residir con sus padres e es el mediano de tres hermanos.

Nació en Marzo de 1984 y tiene actualmente 27 años.



Leyenda:

- - Hombre
- - Mujer
- == - Relación de amistad
- - - - - Agregado familiar
- ⚡ - Relación emocional dependiente/hostil
- ⚡ - Relación emocional Distante/ hostil

2. Historia Escolar y Laboral

Desde el inicio de la escolarización el paciente presentó un bajo rendimiento académico. A los 15 años pasó a un programa de Cualificación Profesional inicial finalizando el curso a los 16 años.

Al finalizar el curso, trabajó en una metalúrgica cubriendo una vacante durante 15 días.

Después empezó en una Escuela taller de fontanería que frecuentó durante 1 año y posteriormente trabajó como fontanero. Funcionó adecuadamente mientras tuvo trabajo.

Según su madre nunca ha participado en las actividades domésticas, sendo ella quien se las hace.

3. Personalidad Previa

3.1. Relaciones sociales

En el estudio de la personalidad previa iremos tener en cuenta las relaciones sociales y las actividades intelectuales y motoras

En su vida el paciente estableció algunas relaciones sociales mas mayoritariamente su vida es caracterizada por aislamiento social.

En la infancia fue objeto de burlas por parte de sus compañeros y su hermana mayor: *“me llamaban el feo, el melenas, se metían con mi pelo cuando estaba en el colegio. Por eso estaba solo allí...”*

Sin embargo el cambio al instituto fue positivo para él, pudo mantener una relación de amistad de los 12 a los 16 años con un compañero y buenas relaciones sociales con el resto.

Durante adolescencia tuvo actividades de ocio normales con sus compañeros.

Tuvo una relación de pareja a los 17 años durante un año, que finalizó trágicamente al ser atropellada por un vehiculo.

Según sus padres JR es el más problemático de los tres hermanos, caracterizándolo como conflictivo e indisciplinado.

3.2. Actividades intelectuales y motoras

El paciente relató también trabajos esporádicos de DJ colocando música en un bar y describela como la pasión de su vida.

Ya ingresado el paciente desenroyó actividades de jardinería.

En diferentes situaciones fue descrito su trabajo como muy bueno y el paciente como perfeccionista.

4. Antecedentes familiares

No existen muchas referencias a antecedentes familiares mas hay relatos de un tío paterno que padecía esquizofrenia y Síndrome de Diógenes.

También se referencia con frecuencia que sus padres provocan conflictos con la equipa de salud y son muy susceptibles a las alteraciones en el tratamiento con su higo.

5. Antecedentes Personales

5.1. Historia somática

- Epilepsia benigna en la infancia que se resolvió tras 2 años de tratamiento
- Dermatitis atípica/ictiosis

5.2. Historia psiquiátrica

Descrito como lo más problemático de los tres hermanos, inició de tratamiento en Salud Mental hacia los 14-15 años de edad al presentar trastornos de conducta y bajo rendimiento escolar. A los 17 años tuvo una relación de pareja de 1 año de duración que terminó trágicamente por atropellamiento de la chica en presencia del paciente. Después de la muerte de su novia inicia cuadro de aislamiento, abandono de la actividad laboral y de ocio, sentimientos de culpa por el fallecimiento de su novia y ánimo depresivo. Con su familia se muestra distante permaneciendo encerrado durante horas en su cuarto.

En este contexto de aislamiento y ánimo depresivo empieza a manifestar preocupación con su aspecto facial y con la pérdida de pelo: “pasaba mucho tiempo mirándome al espejo. Veía calvas, se me caía el pelo de la cabeza y de las cejas, los veía en la almohada al despertarme”. Progresivamente los padres le van encontrando más apático, triste e inhibido, y en ocasiones, mutista y angustiado.

Decidieron llevarle a Urgencias por primera vez en Abril de 2004, donde quedó ingresado durante 3 semanas de forma involuntaria por verbalizar ideación autolítica al padecer intensos sentimientos de minusvalía y culpa. Presentó una evolución favorable durante el ingreso. Fue hecho el primer diagnóstico – dismorfofobia y trastorno depresivo mayor con sintomatología psicótica.

Desde entonces, ha mantenido un seguimiento irregular en el CSM (Centro de Salud Mental) de Parla con numerosos ingresos y urgencias por diversos motivos: gestos e intentos autolíticos, sintomatología delirante dismorfofóbica y episodios de descontrol conductual en ámbito familiar llegando a precisar de intervención policial.

En los 5 años antecedentes al actual ingreso el paciente mantuvo aislamiento social y sin realizar ninguna actividad laboral y de ocio que no sea en compañía de sus padres.

A lo largo del último año antes al actual ingreso, ha requerido 9 ingresos en UHB (Unidad de Hospitalización Breve), mostrando poca consciencia de enfermedad, rechazo al tratamiento farmacológico y actitud querulante, que ha llevado a solicitar múltiples veces el cambio de psiquiatra.

El último ingreso fue en octubre de 2009, tras abandonar de nuevo la medicación y presentar un delirio de filiación, no constatado anteriormente.

6. Internamiento Actual

Al ingreso el paciente se encuentra consciente, orientado, alerta, atento y colaborador. Aunque el ingreso fue voluntario el paciente presenta alguna suspicacia e un franco rechazo a su permanencia en la unidad explicando que “le han engañado, que le dijeron que era para un mes, que era voluntario”. Considera que no padece de ninguna enfermedad psiquiátrica grave y resiste especialmente al diagnóstico de esquizofrenia.

Se constata desde el inicio dismorfofobia con comportamientos obsesivos con su imagen y con una permanencia exagerada frente al espejo. También presenta delirio de filiación, afirmando que es adoptado porque oyó sus padres comentarlo una noche hace unos meses.

Déficit importante en el auto cuidado, tanto en la higiene como en el vestido. Las aptitudes intelectuales están muy disminuidas en el área manipulativa y mejor conservadas en las verbales. La memoria de trabajo tiene un funcionamiento pobre.

El paciente se encuentra aislado socialmente no estableciendo relaciones sociales ni afectivas con nadie.

Recibe actualmente una pensión de 561 Euros en base a una minusvalía de un 65%, más la familia ha conseguido que el paciente tenga la minusvalía de 100%.

7. Diagnóstico Diferencial

Para hacer el diagnóstico clínico hemos utilizado la DSM IV. Y según esta clasificación nos parece que el paciente se incluye en los criterios de los siguientes trastornos: Trastorno dismórfico corporal y trastorno delirante. A pesar de existir un diagnóstico clínico de esquizofrenia, nos pareció que el paciente podría en el momento del ingreso, cumplir más los criterios de trastorno delirante, esto porque los criterios principales no se cumplen para la esquizofrenia.

•Criterios para el diagnóstico de F45.2 Trastorno dismórfico corporal (300.7) •A.

Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.

•B. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

•C. La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa).

•Criterios para el diagnóstico de F22.0 Trastorno delirante (297.1) •A.

Ideas delirantes no extrañas (p. ej., que implican situaciones que ocurren en la vida real, como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distancia o engañado por el cónyuge o amante, o tener una enfermedad) de por lo menos 1 mes de duración.

•B. Nunca se ha cumplido el Criterio A para la esquizofrenia.

•Nota: En el trastorno delirante puede haber alucinaciones táctiles u olfatorias si están relacionadas con el tema delirante.

•C. Excepto por el impacto directo de las ideas delirantes o sus ramificaciones, la actividad psicosocial no está deteriorada de forma significativa y el comportamiento no es raro ni extraño.

•D. Si se han producido episodios afectivos simultáneamente a las ideas delirantes, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos delirantes.

•E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o a enfermedad médica.

•Especificar tipo (se asignan en base al tema delirante que predomine):

Tipo persecutorio: ideas delirantes de que la persona (o alguien próximo a ella) está siendo perjudicada de alguna forma.

Tipo somático: ideas delirantes de que la persona tiene algún defecto físico o una enfermedad médica. “Me veo viejo”

Tipo mixto: ideas delirantes características de más de uno de los tipos anteriores, pero sin predominio de ningún tema.

8. Plan de Cuidados

El plan de cuidados se ha realizado según la clasificación NANDA. Por considerarnos los diagnósticos, los objetivos y las intervenciones muy generales hemos sentido la necesidad de justificarlos y adaptarlos al caso clínico en particular.

Diagnóstico	Justificación	Objetivos	Intervención (NIC)	Evaluación
<p>3.1.2 Aislamiento Social, Soledad experimentada por un individuo y percibida como impuesta por otros y como un estado negativo o de amenaza.</p> <p>Relacionado con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intereses inmaduros - Alteraciones del aspecto físico (pelo e las cejas) - Alteraciones del estado mental - Comportamiento social no aceptado. - Baja autoestima <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Afectividad triste o apagada - Preocupación por los propios pensamientos. - Expresiones verbales de sentimientos de soledad o de rechazo. 	<p>Al paciente frecuentemente se observa a mirarse al espejo solo, aislado e habla muy poco con los otros pacientes e profesionales de salud.</p> <p>El paciente expresa su soledad verbalmente</p> <ul style="list-style-type: none"> - “No tengo amigos” - “Me siento solo” <p>Deja los compañeros esperando enguanto compre sus rituales obsesivos con el pelo e las cejas.</p>	<p>General:</p> <p>El paciente deberá establecer relaciones sociales eficaces</p> <p>Específicos:</p> <p>-El apaciente deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer al menos una relación afectiva en un plazo de 1 año. - Participar en la terapia de grupo y de entretenimiento en un plazo de 6 meses. - No demostrar comportamientos obsesivos con su imagen en un plazo de 1 año. 	<p>5240 – Asesoramiento 5000 - Relaciones complejas en el hospital</p> <p>Establecer una relación enfermero – paciente, hablando con el e ir aumentando progresivamente el contacto, demostrando disponibilidad para escucharlo e aconsejarlo</p> <p>4350 – Manejo de la conducta 4362 - Modificación de la conducta: habilidades sociales Ayudar al paciente a controlar los comportamientos obsesivos con su imagen limitando el tiempo para arreglarse</p> <p>5100 - Potenciación de la socialización Presentarle a otros pacientes</p>	<p>En un año el paciente estableció relaciones afectivas de amistad y una relación amorosa poco duradera.</p> <p>El paciente participa en actividades de grupo frecuentemente.</p> <p>El paciente mantiene sus comportamientos obsesivos con su imagen.</p>

			<p>Facilitar la conversación de la persona con otros Evitar cuchichear delante de él, reírse o fomentar actividades competitivas.</p> <p>5360 - Terapia de entretenimiento Utilizar intencionalmente actividades recreativas para fomentar la relajación y potenciar las capacidades sociales</p> <p>5450 -Terapia de grupo Incentivar la participación del paciente en terapias de grupo de forma a fomentar relaciones sociales. Ex. Incentivar la participación en grupo de habilidades sociales. . Gimnasio</p>	
--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Diagnóstico	Justificación	Objetivos	Intervención (NIC)	Evaluación
<p>6.3.1.1 Déficit de actividades recreativas Estado en el que un individuo experimenta disminución del estímulo, el interés o la participación en actividades recreativas.</p> <p>Relacionados con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tratamientos prolongados. - Atención focalizada en otros temas (ideas obsesivas) - Falta de ambientes adecuados - Dificultad para tolerar actividades grupales - Baja autoestima <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aburrimiento. - Deseo de hacer algo - aislamiento social 	<p>El paciente demuestra con frecuencia, a través de expresiones verbales que se encuentra aburrido e “no sabe qué hacer”</p> <p>No demuestra interés en las actividades de ocio propuestas, abandonando muy rápido aquellas en que participa (ex. Fontanería)</p>	<p>General:</p> <p>El paciente deberá participar en actividades recreativas</p> <p>Específicos:</p> <p>El paciente deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tener al menos una actividad de ocio que realizará prácticamente a diario en un plazo de un año. - Participar en la terapia de grupo y de entretenimiento en un plazo de 6 meses. - Participar en actividades de ocio grupales en el plazo de 6 meses. - Verbalizar disfrutar con las actividades de 	<p>4410 - Establecimiento de objetivos comunes Colaborar con el paciente para identificar y dar prioridad a los objetivos de cuidados, desarrollar luego un plan para alcanzar estos objetivos</p> <p>4310 - Terapia de actividad Prescribir y asistir en, actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicas para aumentar el margen, frecuencia o duración de la actividad del paciente</p> <p>5360 - Terapia de entretenimiento Utilizar intencionalmente actividades recreativas para fomentar la relajación y potenciar las capacidades sociales</p> <p>5450 - Terapia de grupo Incentivar la participación del paciente en terapias de grupo de forma a fomentar relaciones sociales.</p>	<p>El paciente participa en las actividades de ocio desarrolladas en la unidad</p> <p>Frecuenta el gimnasio</p> <p>Va al taller de audiovisuales</p> <p>Salidas con sus compañeros por la tarde</p>

		ocio en el plazo de 6 meses.		
--	--	------------------------------	--	--

Diagnóstico	Justificación	Objetivos	Intervención (NIC)	Evaluación
<p>.1.2.1.2 Afrontamiento familiar inefectivo: comprometido</p> <p>Soporte, confort, asistencia o ánimo insuficientes, ineficaces o comprometidos, habitualmente por una persona sustentadora fundamental (cuidador familiar), el paciente puede necesitarlo para controlar o dominar tareas adaptativas relacionadas con el desafío de su salud.</p> <p>Relacionado con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ansiedad e frustración - Información o comprensión inadecuadas por parte del cuidador familiar. - Preocupación transitoria del cuidador familiar que está intentando controlar 	<p>Los familiares provocan frecuentemente conflictos con los profesionales.</p> <p>Demuestran demasiada emoción expresada al paciente</p> <p>Demuestran preocupación con el paciente preguntando muchas veces el porqué de las actividades en la unidad</p>	<p>Objetivo general: La familia deberá presentar un afrontamiento efectivo.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Los familiares deberán:</p> <ul style="list-style-type: none"> - establecer un buen contacto con los profesionales de salud disminuyendo los conflictos con ellos en un plazo de un mes. - presentar menor emoción expresada al paciente, disminuyendo los comentarios verbales negativos en un plazo de 6 meses. 	<p>5020 - Mediación de conflictos 5240 – Asesoramiento 7140 - Apoyo a la familia</p> <p>Ayudar a la familia a mediar conflictos aconsejando e asesorando los familiares en momentos de tensión con el paciente. Realizar sesiones de educación para la salud en la propia unidad sobre la enfermedad e cuando se detecten problemas o carencias de conocimientos por parte de la familia.</p> <p>5430 - Grupo de apoyo 7150 - Terapia familiar Sugerir a la familia a participar en grupos de</p>	<p>La familia disminuyó los conflictos con los profesionales de salud.</p> <p>Disminuyó los comentarios negativos sobre el paciente.</p> <p>La familia muda su comportamiento dejando de aceptar amenazas del paciente y ya no miente al terapeuta sobre su conducta en casa. El paciente deja de amenazar a la familia y deja de exigirles que mientan al terapeuta.</p>

<p>conflictos ocasionales.</p> <p>manifestado por:</p> <p>El familiar describe con preocupación la enfermedad de paciente. - El familiar intenta desarrollar comportamientos de ayuda con resultados menos satisfactorios</p>			<p>apoyo y en el programa de psicoeducación para familias.</p> <p>7110 - Fomento de la implicación familiar 7120 - Movilización familiar</p> <p>Crear un ambiente de complicidad entre el equipo e la familia mediante entrevistas e integrando a la familia en las estrategias terapéuticas para que las comprendan y las puedan tener también en su casa.</p>	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Diagnóstico	Justificación	Objetivos	Intervención (NIC)	Evaluación
<p>9.3.1 Ansiedad Sensación vaga y desasosegante cuya fuente es una frecuencia inespecífica o desconocida para el individuo.</p> <p>Relacionada con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amenaza al concepto de sí mismo, para el estado de salud, de cambio de rol, al medio ambiente, cambio de los patrones de interacción. - Crisis situacionales o de maduración. <p>Necesidades no cubiertas</p> <p>Manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tremores Taquicardia Inquietud Sudación Por veces actos agresivos Crisis de asma??? 	<p>El paciente demuestra frecuentemente síntomas de ansiedad cuando no le dejan cumplir sus rituales obsesivos.</p>	<p>El paciente deberá disminuir los síntomas de ansiedad en 6 meses.</p>	<p>5270 - Apoyo emocional 4920 - Escucha activa Dar apoyo emocional a través de la escucha activa durante las crisis de ansiedad y siempre que refiera que se está poniendo ansioso</p> <p>5820 - Disminución de la ansiedad 2300 - Administración de medicación ansiolítica Disminuir la ansiedad mediante la administración de ansiolíticos y de desarrollo de estrategias de relajación (ejercicio, escuchar música)</p> <p>5880 - Técnica de relajación Ejecutar la técnica de relajación (Jacobson) como medida terapéutica para disminuir la ansiedad</p>	<p>El paciente mantiene sintomatología ansiosa pero con menos intensidad.</p> <p>No presenta actos agresivos</p>

			<p>6040 - Terapia de relajación simple Referir al paciente que puede disminuir la ansiedad controlando la respiración e contando até 10</p> <p>5360 - Terapia de entretenimiento Incentivar al paciente a participar en la terapia de entretenimiento como forma de disminuir la ansiedad.</p>	
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Diagnóstico	Justificación	Objetivos	Intervención (NIC)	Evaluación
<p>7.1.2 Trastorno de la Autoestima Sentimientos negativos sobre sí mismo o sobre las capacidades propias que se pueden expresar directa o indirectamente.</p> <p>Relacionado con Incapacidad de autorrealizarse alteraciones de la autoimagen</p> <p>Manifestado por: Verbalización de una valoración negativa de sí mismo. - Expresiones de vergüenza o culpa. - Evaluación de sí mismo como incapaz de hacer frente a los eventos. - Racionalización de la retroalimentación negativa. Negación de problemas obvios para otros. Hipersensibilidad de las críticas</p>	<p>El paciente refiere con frecuencia qué tiene cara de viejo y tiene una cara fea.</p> <p>Presenta rituales obsesivos con su pelo y cejas</p>	<p>Objetivo general: El paciente deberá gustar de si mismo como es</p> <p>Objetivos específicos: paciente deberá: - disminuir la frecuencia de valorización negativa de si mismo en un plazo de 1 año. - identificará aspectos positivos en si mismo en un plazo de 3 meses.</p>	<p>5370 - Potenciación de roles Ayudar al paciente, a mejorar sus relaciones clarificando y complementando las conductas de papeles específicos. Pedir al paciente que funcione como “co-terapeuta” para disminuir la ansiedad de otros pacientes. Incentivar al paciente a participar en grupos que le feliciten.</p> <p>5400 - Potenciación de la autoestima Potenciar la autoestima del paciente elogiándole reforzándole positivamente siempre que se arregle de forma adecuada. Incentivar el paciente a participar en actividades que pueda concretizar y felicitarlo al final.</p>	<p>El paciente continúa a verbalizar comentarios negativos sobre sí mismo más con menos frecuencia, verbalizando por veces que le gusta cómo se ve.</p>

			<p>4380 - Establecer limites Establecer los parámetros de una conducta deseable y aceptable del paciente</p> <p>7640 - Desarrollo de situación crítica Elaboración y utilización de una secuencia sincronizada de las actividades de cuidados del paciente para mejorar los resultados esperados del paciente de una manera rentable. Definir los objetivos que desea conseguir y evaluar lo que ha conseguido. Felicitarlo por lo que ha conseguido.</p>	
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Diagnóstico	Justificación	Objetivos	Intervención (NIC)	Evaluación
<p>7.1.1 trastorno de la Imagen corporal,</p> <p>Alteración de la forma en que la que una persona percibe la imagen de su propio cuerpo.</p> <p>Relacionado con: delirios por Trastorno dismorfo</p> <p>Manifestado por: Verbalización de</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentimientos negativos sobre el cuerpo. - Sentimientos de desamparo o desesperación. - Preocupación por el cambio o la pérdida 	<p>El paciente refiere con frecuencia qué tiene cara de viejo y tiene una cara fea.</p> <p>Presenta rituales obsesivos con su pelo y cejas</p> <p>Recorre con frecuencia al peluquero e a la esteticista para arreglarse el pelo e las cejas.</p>	<p>El paciente deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> - disminuir la verbalización de sentimientos negativos sobre su cuerpo (cara específicamente) . - reconocer qué sus preocupaciones excesivas con la imagen corporal son resultado de una patología 	<p>5220 - Potenciación de la imagen corporal</p> <p>4350 - Manejo de la conducta</p> <p>5606 - Enseñanza: individual</p> <p>Enseñar el paciente sobre su patología y los prejuicios de los cuidados obsesivos con la imagen corporal sobre su salud. Reforjar y elogiar el paciente cuando tiene comportamientos adecuados.</p> <p>5390 - Potenciación de la conciencia de sí mismo</p> <p>6440 - Manejo del delirio</p> <p>Proporcionar ambiente seguro y terapéutico para el paciente exprese sus preocupaciones. Ayudar al paciente a reconocer sus pensamientos delirantes confrontándolos con la evidencia de la realidad. Administración de terapéutica.</p>	<p>El paciente disminuyó la frecuencia de verbalización de sentimientos negativos sobre su cuerpo</p> <p>Mantiene sus rituales obsesivos con el pelo e las cejas e no presenta crítica para ello.</p> <p>En la unidad el paciente disminuyo su permanencia en frente al espejo mas en casa de sus padres mantiene sus comportamientos obsesivos.</p>

Diagnóstico	Justificación	Objetivos	Intervención (NIC)	Evaluación
<p>8.3 Pensamiento, alteración de los procesos de Estado en el que un individuo experimenta un trastorno en las operaciones y actividades cognitivas. Factores relacionados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cambios fisiológicos. - Conflictos psicológicos. - Juicio deteriorado. <p>Manifestado por: Verbalización y observación objetiva de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obsesiones. - Confabulación. - Delirios 	<p>El paciente refiere un delirio de filiación verbalizando qué escuchó a sus padres una noche hablando de su adopción, hecho negado por sus padres.</p>	<p>El paciente dejará de tener delirio de filiación en un plazo de 1 mes.</p>	<p>5602 - Enseñanza: proceso de enfermedad Enseñar al paciente que el delirio se debe a su enfermedad y hablarle de su enfermedad y como puede cuidarse. Incentivar al paciente a frecuentar sesiones de educación para la salud.</p> <p>6440 - Manejo del delirio Proporcionar ambiente seguro y terapéutico para el paciente exprese sus preocupaciones. Ayudar al paciente a reconocer sus pensamientos delirantes confrontándolos con la evidencia de la realidad. Administración de terapéutica.</p>	<p>El paciente dejó de verbalizar el delirio de filiación</p> <p>Verbaliza que está en una unidad porque se encuentra enfermo.</p>

Notas finales

Según Benner (2001) el conocimiento de los comportamientos proficientes y peritos de la enfermera perita puede ser desenvuelto para alargar el campo de acción de las enfermeras que desean y son capaces de atingir la excelencia. Y para que se conozca estos comportamientos no hay que solo practicarlos mas también hay que publicarlos, enseñarlos y renovarlos. Fue con esa intención que se ha hecho este caso clínico, para profundar conocimientos, desarrollar comportamientos y enseñarlos a la equipa multidisciplinar.

Si hizo un caso clínico de un paciente con trastorno dismorfóbico corporal porque no es un trastorno muy frecuente y porque sentía que era una falla en my biblioteca interior de conocimientos. Benner (2001) relata que las enfermeras proficientes aprenden mejor cuando se utilizan casos clínicos que constituyen un desafío y requieren la capacidad de aprehender una situación, pelo que se hizo una presentación formal del caso clínico a la equipa ayudando así el desarrollo de nuevas competencias.

Como metodología fueran utilizadas la consulta del proceso clínico del paciente, la entrevista y la validación de conocimientos con los miembros de la equipa multidisciplinar.

Este trabajo solo es un grano de arena en mi aprendizaje y una pequeña parte de my portafolio mas espero que sea un incentivo para otros estudios y para la mejoría de los cuidados de enfermería al paciente psiquiátrico.

Bibliografia

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.

Fidel, R. (1996). *The Case Study Method: A Case Study*. **In**: Glazier, J. D. & Powell, R. R. (ed. 238) *Qualitative Research in Information Management* (pp. 37 - 50). Englewood: CO Libraries Unlimited.

Galdiano, L. E., et. al. (2003) Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-am Enfermagem*, 11 (3) Maio – Junho, pp.371-375.

Sousa, L. (2010). *Projecto de Aprendizagem: Operacionalização*. Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. Barcarena: Universidade Atlântica.

<http://www.nanda.org>

<http://www.psicomed.net/principal/dsmiv.html>

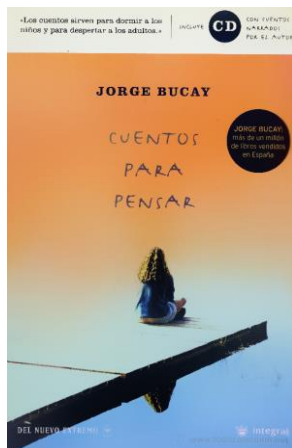
<http://www.taxonomiaenfermera.com>

*Anexo VII - Proyecto de Intervención - Una
aplicación de los Cuentos Para Pensar de Jorge
Bucay*

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

Proyecto de Intervención

Una aplicación de los Cuentos Para Pensar de Jorge Bucay



Alumno: Eduardo Vaz
Tutores: José Manuel García Trancón
Prof: Sarreira Santos

Lérganes, 2011

Índice

Introducción.....	3
1. Definición e concepto.....	4
2. Objetivos.....	5
2.1 Objetivo general	5
2.2 Objetivos específicos	5
3. Recursos Utilizados	5
4. Actividades	6
Notas finales	7

Introducción

Según la OMS (1995), rehabilitación es un proceso que ofrece a los individuos que están debilitados, incapacitados o deficientes, debido a la perturbación mental, la oportunidad de attingir el nivel potencial de funcionamiento independientemente de la comunidad. Es necesario tanto un incremento de competencias individuales como la introducción de mudanzas ambientales.

Ja el Informe Mundial de Salud 2001 refiere que las estrategias de rehabilitación psicosocial varían segundo las necesidades del paciente, el contexto donde es promovida la rehabilitación (hospital o comunidad) y las condiciones culturales y socioeconómicas del país donde es llevado a cabo. Las redes de habitación, rehabilitación profesional, empleo y apoyo social constituyen así aspectos de la rehabilitación psicosocial. Los principales objetivos son la emancipación del paciente, la reducción de la discriminación y del estigma, la mejoría de la competencia social e individual y la creación de un sistema de apoyo de larga duración.

Más específicamente la rehabilitación cognitiva podemos decir que:

Existen tantas definiciones de rehabilitación cognitiva como autores han abordado el tema, pero de manera general todas apuntan hacia aspectos comunes; por ejemplo, verla como un proceso que se dirige a mejorar o recuperar los déficit existentes en las capacidades cognitivas. Algunos autores al definirla, enfatizan que la etiología de estas dificultades en el funcionamiento cognitivo se relaciona con el daño cerebral que se produce tras una afectación neurológica (sea daño estructural o funcional); sin embargo, al conceptualizar la rehabilitación cognitiva, otros autores no hacen referencia a las posibles etiologías de las dificultades en el funcionamiento cognitivo. (Ginarte-Arias; 2002: 871)

Bárbara Wilson (1997) citada por Ruotolo y Orellano (2008) propone que el término rehabilitación cognitiva se aplica a cualquier estrategia o técnica de intervención destinada a permitir a los pacientes y a sus familias, vivir, manejarse, atravesar, reducir o sobrellevar déficits cognitivos causados por daño cerebral (p. 488).

La importancia de la rehabilitación cognitiva en el proceso se justifica porque aproximadamente el 70 % de los enfermos esquizofrénicos tienen déficit cognitivo que afecta al rendimiento en la mayoría de funciones neuropsicológicas. El déficit se correlaciona con la dimensión negativa y con el pronóstico funcional. Los trastornos de la memoria verbal, la función ejecutiva y la atención son los más relevantes tanto por su repercusión funcional como por su intensidad (Vargas, 2007).

Este proyecto nace de la necesidad de intervenir junto a los pacientes, a nivel de enfermería en salud mental e psiquiatría, en su proceso de rehabilitación psicosocial y más concretamente a nivel cognitivo.

1. Definición y concepto

Algunos pacientes se quedan en la unidad sin tener nada que hacer, no están propuestos para ninguna actividad o por su contrato se quedan sin salidas o simplemente porque no quieren salir. Ha sido de esta percepción individual que nació la necesidad de intervenir con estos pacientes.

Este proyecto utiliza los cuentos para pensar de Jorge Bucay como principal metodología.

Jorge Bucay es médico desde 1973, estudió en la [Universidad de Buenos Aires](#), y se especializó en enfermedades mentales en el servicio de interconsulta del Hospital Pirovano de la ciudad de Buenos Aires y en la clínica Santa Mónica.

Comenzó su carrera psiquiátrica en el equipo de interconsulta del Servicio de [Psicopatología](#) del Hospital Pirovano en Buenos Aires

Se formó como Psicoterapeuta Gestáltico en Argentina, Chile y Estados Unidos, y asistió a cursos, seminarios y congresos en Argentina, Estados Unidos, España e Italia, donde fue recibido con gran entusiasmo por el auditorio.

En la actualidad desempeña su actividad como terapeuta de adultos, parejas y grupos. Es supervisor didáctico y coordinador de laboratorios gestálticos, miembro de la Asociación Americana de Terapia Gestáltica y coordinador de grupos terapéuticos y docentes en Granada, España y México.

Considera que la recuperación de los cuentos como forma de comunicación se inscribe en un movimiento de rescate de los valores tradicionales; y que la sociedad es culpable de los problemas del individuo sólo hasta que este se vuelve adulto. «Yo trabajo sobre la idea aduéñate de tu vida, lo que tienes es tu responsabilidad. Creo que el mundo no es un lugar para competir, sino para compartir, y una condición necesaria es mirarse a uno mismo».(http://es.wikipedia.org/wiki/Jorge_Bucay)

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Contribuir para el proceso de rehabilitación psicosocial estimulando, a nivel cognitivo, a los pacientes ingresados en la UR1 (Unidad de Rehabilitación 1).

2.2 Objetivos específicos

- Estimular, a nivel cognitivo, a los pacientes ingresados en la UR1 utilizando como método la lectura de cuentos del libro “Cuentos para pensar” de Jorge Bucay.
- Promover la reflexión de los pacientes ingresados en la UR1, de temas específicos presentados.
- Observar el comportamiento de los pacientes ingresados en la UR1 que participan en la actividad desarrollada.
- Contribuir para la evaluación de la aplicación del PIR (Plano Individual de Rehabilitación).
- Contribuir para la interacción social entre los pacientes y ayudar la integración de nuevos pacientes ingresados.

3. Recursos Utilizados

Además de los recursos humanos, solo es necesario el libro de Cuentos para Pensar de Jorge Bucay e la tabla de notas (Anexo I).

4. Actividades

- Escoger el local apropiado para realizar la lectura (el local depende de la ocasión y de la presencia de los pacientes).
- Presentar la actividad que se va a realizar y su objetivo.
- Leer un cuento de Jorge Bucay previamente seleccionado.
- Iniciar un debate sobre el tema presentado.
- Moderar, sin intervenir, el debate y la reflexión.
- Observar el comportamiento verbal y no verbal de los participantes.
- Anotar el comportamiento verbal y no verbal de los participantes en la tabla (Anexo I).
- Realizar una síntesis de la intervención al final.

Notas finales

Con pequeñas actividades muchas veces conseguimos grandes resultados. Fue con este propósito con el que desarrollamos este proyecto, siempre teniendo en cuenta que existen actividades y recursos de rehabilitación ya implementados.

Como cualquier proyecto tiene sus limitaciones y somos conscientes de algunas de ellas:

- Este proyecto carece de una buena capacidad de observación y reflexión, necesitando de una objetividad muchas veces difícil de conseguir;
- Son necesarios recursos humanos que no siempre están disponibles;
- Depende de la adherencia de los pacientes a la actividad.

Espero que esto contribuya para la rehabilitación de los pacientes ingresados y para la valoración de la actividad de enfermería.

Bibliografía

- BUCAY, Jorge. Cuentos para pensar. Barcelona: RBA.2007.
- CORDO, Margarida. *Reabilitação de Pessoas com Doença Mental*. Lisboa: Climepsi Editores. 2003.
- PROGRAMA DE REHABILITACIÓN Y APOYO COMUNITÁRIO INSTITUTO PSIQUIÁTRICO JOSÉ GERMAIN. 1997.
- RELATÓRIO MUNDIAL DE SAÚDE – Saúde mental: nova concepção, nova esperança/ World Health Organization. Lisboa. Direcção Geral de Saúde. 2002
- VARGAS, Martín L. - *Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia: Rehabilitación Orientada a Cognits*. Zamora: Cuad. Psiquiatr. Comunitaria, Vol. 7, N. ° 2, pp. 127 -134, 2007.
- WWW.NEUROPSICOLOGIAHOY.COM
- ([HTTP://ES.WIKIPEDIA.ORG/WIKI/JORGE_BUCAY](http://ES.WIKIPEDIA.ORG/WIKI/JORGE_BUCAY))

Anexo I

Tabla 1 – Hoja de registro - Una aplicación de los Cuentos para Pensar de Jorge Bucay

Fecha ____/____/____

Cuento utilizado	Participantes	Comportamiento Verbal	Comportamiento No Verbal

Instrucciones para rellenar la Tabla 1 – Hoja de registro - Una aplicación de los Cuentos para Pensar de Jorge Bucay

Cuento utilizado	Participantes	Comportamiento Verbal	Comportamiento No Verbal
<p>Anotar el título del cuento utilizado. Dejar alguna nota importante sobre el cuento si es necesario.</p>	<p>Anotar el nombre de los pacientes que participan en la actividad.</p>	<p>En el comportamiento verbal se va a evaluar el tono, el volumen, la rapidez al hablar, la pronunciación, los silencios, ritmo o fluidez y el contenido.</p> <p>El tono. El tono de voz nos sirve para expresar una gran variedad de emociones, actitudes, estados de ánimo y enfatizar palabras o frases. Enfatizamos palabras o frases que van a reforzar nuestra exposición.</p> <p>El volumen. Se refiere a la intensidad con que se habla, es decir, si pronunciamos más o menos alto o bajo. El volumen que se debe adoptar dependerá de la situación en la que nos encontremos.</p> <p>La rapidez al hablar. La velocidad al hablar sirve para expresar el estado de ánimo de la persona.</p> <p>La pronunciación. Es la articulación clara y correcta de las vocales y consonantes de las palabras que se utilizan. Se debe evitar, principalmente, emplear sonidos equivocados. Una pronunciación mala hace perder la atención del que nos está escuchando y, en el sentido opuesto, una pronunciación</p>	<p>En el comportamiento no verbal se va a evaluar los factores de comportamiento: La expresión facial, la postura, la mirada y los gestos.</p> <p>La expresión facial. El rostro es una gran fuente de datos en la comunicación no verbal. La expresión de la cara va a reflejar el estado emocional, actitudes y estados de ánimo tales como alegría, tristeza, miedo, asco, desprecio, frustración, aburrimiento, perplejidad, ... La expresión del rostro constituye un <i>feedback</i> en las relaciones interpersonales de lo más efectivo.</p> <p>La postura. Es el modo en que se mantiene el cuerpo al sentarse, mantenerse de pie o caminar. Indica actitudes y sentimientos hacia uno mismo y hacia los otros (amistad/hostilidad, superioridad/inferioridad,...).</p> <p>La mirada. Dentro de las expresiones faciales prestamos especial atención al significado de la mirada. A través de ella expresamos emociones, deseo de establecer relaciones, o de no establecerlas. Cuando conversamos, miramos alternativamente al otro y la mirada actúa como una especie de</p>

		<p>excesivamente marcada produce una impresión desagradable al que escucha.</p> <p>Los silencios. Cuando se habla, se hacen pequeñas pausas o silencios que van a cumplir diferentes funciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Marcar el final de una frase. ▪ Enfatizar una palabra o idea importante en medio de una frase. ▪ Pensar en lo que se va a decir más tarde. ▪ Crear expectación acerca de algo que se va a decir inmediatamente después. <p>Ritmo o fluidez. Es el suave discurrir de las palabras en el mensaje.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El ritmo excesivamente lento provoca desinterés, aburrimiento y monotonía. ▪ El ritmo muy rápido provoca errores de pronunciación que distorsiona el mensaje, agobia al receptor, impide matizar y resulta también monótono. <p>Contenido es el mensaje que las palabras transmiten. Hay que evaluar si están de acuerdo con lo que se está hablando y si es lógico.</p>	<p>interruptor que indica al interlocutor su turno para hablar.</p> <p>Los gestos. Al hablar de gestos nos referimos a movimientos breves y transitorios de partes.</p>
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Anexo VIII – Tabelas de Registo da Aplicação
do *Proyecto de Intervención*

Tabela 1 – Folha de registo - Uma aplicação dos Contos para Pensar de Jorge Bucay

Data : 02/05/2011

Conto utilizado	Participantes	Comportamento Verbal	Comportamento Não Verbal
<p><i>O BUSCADOR</i> Nota: Conto muito longo</p>	Utente 1	Tenho que ir as oficinas	Inquieto e desatento. Saiu antes de iniciar o conto.
	Utente 2	Fez-me lembrar o meu tio que morreu. Era muito bom para mim. Morreu no ano passado.	Atenta durante o conto. Facies triste. Começou a chorar.
	Utente 3	Não percebi muito do conto mas gostei. Deveria fazer isto mais vezes. (Discurso pobre mas coerente) Pedi aos outros utentes para não interromperem.	Atenta. Olhar fixo no orador e postura inclinada para a frente.
	Utente 4*	Não verbalizou nada	Saiu quando se começou a ler.

Nota:O Utente 4 foi abordado depois da intervenção e foi-lhe perguntado porque saiu quando se iniciou a leitura. O utente com o olhar no chão referiu que não ouve bem e que não gosta que lhe leiam, que prefere ler. Não me senti satisfeito com a resposta e ao explorar mais o assunto o paciente acabou por verbalizar que ouvia vozes. Caracterizou as vozes como vozes agressivas, depreciativas que o deixavam triste. Esta questão foi explorada nas reuniões de equipa e foi reavaliado tratamento que o utente estava a realizar.

Tabela 1 – Folha de registo - Uma aplicação dos Contos para Pensar de Jorge Bucay

Data 05/05/2011

Conto utilizado	Participantes	Comportamento Verbal	Comportamento Não Verbal
<p><i>EL TEMIDO ENEMIGO</i></p>	<p>Utente 3</p>	<p>Havia um rei e um mago e eram amigos. E não sei mais... é por causa do seu sotaque. Não percebi muito do conto mas gostei. (Discurso pobre mas coerente) Pediu aos outros utentes para não interromperem.</p>	<p>Atenta. Olhar fixo no orador e postura inclinada para a frente.</p>
	<p>Utente 5</p>	<p>Gostei do conto, ficaram amigos os dois. Eu também tenho uma amiga e dou-lhe beijos e carinhos. Não é como o rei e omago.</p>	<p>Interessado, aproximou-se da utente 3, e fez-lhe festas na cara. Algo desinibido.</p>
	<p>Utente 6</p>	<p>Pois a amizade é bonita, mas eu não tenho muitos amigos. Mas o que tenho são bons. Não acha senhor enfermeiro que devemos ter poucos mas bons. Discurso acelerado.</p>	<p>Atenta, mas interrompe muitas vezes. Postura inclinada para a frente, fixando olhar no orador</p>

Tabela 1 – Folha de registo - Uma aplicação dos Contos para Pensar de Jorge Bucay

Data 10/05/2011

Conto utilizado	Participantes	Comportamento Verbal	Comportamento Não Verbal
<p><i>EL TEMIDO ENEMIGO</i></p>	<p>Utente 7</p>	<p>Gostei do Conto, dá para perceber que há muitos falsos moralismos e que as pessoas não são o que parecem. Eu não confio em ninguém. Mas também não faço mal a ninguém.</p> <p>Discurso cuidado, coerente mas muito envolvido em traições e “bufos” como o utente refere.</p> <p>Ritmo algo acelerado mas ritmado. Pouca cadência de discurso.</p>	<p>Atento. Olhar fixo no orador e postura inclinada para a frente durante o conto.</p> <p>Quando falava evitava o olhar, fazia pausas no discurso para fumar.</p> <p>Postura retraída e algo desconfiado na conversa pós-conto.</p>

Nota: Informada psiquiatra desta postura, foi reavaliado e alterada terapêutica.

Tabela 1 – Folha de registo - Uma aplicação dos Contos para Pensar de Jorge Bucay

Data 13/05/2011

Conto utilizado	Participantes	Comportamento Verbal	Comportamento Não Verbal
<p><i>LA CIUDAD DE LOS POZOS</i></p>	<p>Utente 3</p>	<p>Não percebi o conto, mas não queria ser poço. (Discurso pobre e demonstra que não percebeu a morar do conto. No entanto foi incentivada a participar).</p>	<p>Atenta. Olhar fixo no orador e postura inclinada para a frente.</p>
	<p>Utente 8</p>	<p>(Interrompe constantemente com assuntos que nada têm a ver com o conto. Discurso por vezes incoerente. Verborreica).</p>	<p>Postura relaxada, encostada a parede e mãos sobre o ventre. Fecha olhos por períodos. Não se fixa no orador.</p>
	<p>Utente 9</p>	<p>Que conto parvo, como é que os poços juntam lá mobília e coisas. Eu não gostava de ser poço. São frios e escuros. Alguns têm água. (não compreendeu a moral interna do conto). Participou activamente na discussão.</p>	<p>Postura inclinada para frente, fixa o olhar no orador e tenta seduzi-lo. Aproxima-se constantemente do orador. Algo “demonstrativa”</p>

Anexo IX – Formação em serviço – Avaliação
do Estado Mental



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

EXAME DO ESTADO MENTAL



Eduardo Vaz

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA



DEFINIÇÃO

O EEM é a parte da avaliação clínica que descreve a soma total das observações do examinador e as suas impressões sobre o paciente psiquiátrico no momento da entrevista.

KAPLAN, SADOCK , GREBB (1995)

O EEM representa um “corte transversal na vida psicológica do paciente, o somatório das observações e das impressões do enfermeiro naquele momento. Ele também serve de base para comparações futuras, para acompanhar o processo do paciente ao longo do tempo. Os elementos do exame dependem da apresentação clínica do paciente, assim como da sua bagagem cultural e educacional. Inclui a observação do comportamento do paciente e sua descrição de forma objectiva e sem críticas.

STUART,LARAIA (2001).

EXAME DO ESTADO MENTAL



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Categorias do EEM

DESCRIÇÃO GERAL

Aparência

Comportamento e actividade motora

Atitudes acerca do examinador

HUMOR E AFECTO

Humor

Afecto

Adequação

FALA

PERCEPÇÃO

Alterações da percepção

PENSAMENTO

Forma

Conteúdo

SENSORIO E COGNIÇÕES

Nível de consciência

Memória

Nível de concentração e cálculo

Informações e inteligência

Julgamento

Insight



EDUARDO VAZ



DESCRIÇÃO GERAL

Aparência – Imagem mental do paciente

Idade aparente

Modo de vestir-se

Asseio

Postura

Marcha

Expressões faciais

Contacto visual

Alterações das pupilas

Estado geral de saúde e nutrição



DESCRIÇÃO GERAL

Comportamento e actividade motora

Nível de actividade

Normal
Letárgico
Tenso
Inquieto
Agitado

Tipo de actividade

Trejeitos faciais
Tiques
Tremores

Gestos incomuns ou maneirismos

Compulsões



DESCRIÇÃO GERAL

Atitudes acerca do examinador

Irritabilidade
Cooperação
Hostilidade
Apatia
Desconfiança
Sedução



HUMOR E AFECTO

Humor

Relato do paciente sobre o seu estado emocional preponderante e reflecte a sua situação de vida.

Como se sente hoje?



HUMOR E AFECTO

Afecto – tom emocional visível do paciente

Amplitude

Duração

Intensidade

Adequação

Adequação do afecto ao humor



FALA

Velocidade

Qualidade/Conteúdo

Quantidade

Ritmo



PERCEÇÃO

Alterações da percepção

ilusões ≠ alucinações

Alucinações

Visuais

Auditivas

Olfactivas

Tácteis

Gustativas



PENSAMENTO

Forma – diz respeito ao modo como o paciente se expressa e é observado através do seu discurso. Os padrões e as formas de verbalização são avaliadas em vez do conteúdo.

Conteúdo – é o significado específico expressado na comunicação do paciente

Delírios



SENSORIO E COGNIÇÕES

Nível de consciência – Avalia a orientação do paciente para a situação actual

Pessoa – Qual é o seu nome?

Lugar – Sabe onde está?

Tempo – Que dia é hoje?



SENSORIO E COGNIÇÕES

Memória – capacidade de recordar experiências prévias

Memória remota – recordações de situações, pessoas e informações de um passado distante.

Memória recente - recordações de situações, pessoas e informações da semana passada ou dos últimos dias.

Memória imediata – recordação de situações a que o paciente foi exposto recentemente.



SENSORIO E COGNIÇÕES

Nível de concentração – capacidade do paciente prestar atenção durante a entrevista.

Cálculo – capacidade do paciente em realizar exercícios simples de matemática

Muitas doenças psiquiátricas comprometem a concentração e a capacidade de realizar cálculos simples.



SENSORIO E COGNIÇÕES

Informações e inteligência

Avaliação controversa

Influenciado pelo factores socioculturais e contexto

Verificar:

- Grau de instrução
- Conhecimentos gerais e vocabulário
- Nível de alfabetização



SENSORIO E COGNIÇÕES

Julgamento – Envolve tomar decisões construtivas e adaptadas e envolve a capacidade de compreender os factos e extrair conclusões e relacioná-los entre si.

Ex. O que você faria se encontrasse um envelope selado e endereçado caído na rua?



SENSORIO E COGNIÇÕES

Insight

Capacidade do paciente em compreender a natureza do seu problema. Se o paciente reconhece o seu problema, se se culpa a si mesmo ou aos outros.

EXAME DO ESTADO MENTAL



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DESTAQUE 6.7 *Miniexame do Estado Mental (Mini-Mental)*

MÁXIMO DE PONTOS	PONTOS	
5	()	ORIENTAÇÃO
5	()	Em que (ano) (estação) (dia do mês) (mês) estamos? Onde estamos (país) (estado) (cidade) (hospital) (andar)?
3	()	MEMÓRIA Diga o nome de três objetos: dê um segundo entre cada um. Depois que você os nomeou, peça que o paciente repita todos três. Dê um ponto para cada resposta correta. Depois, repita o teste até o paciente aprender todos os três itens. Conte as tentativas de acerto e anote.
5	()	ATENÇÃO Subtrair 7 de 100 consecutivamente. Dê um ponto para cada resposta correta. Faça-o por cinco vezes consecutivas. Como alternativa solenar MUNDO ao contrário.
3	()	MEMÓRIA II Peça ao paciente para repetir os três objetos do item Memória. Marque um ponto para cada resposta correta.
9	()	LINGUAGEM Mostre ao paciente dois objetos e peça-lhe para dizer os nomes - "caneta" e "relógio" (2 pontos). Repetir a frase: "Sem 'mas' nem 'porém'" (1 ponto) Atender a três comandos verbais: "Levante a mão, feche os olhos, abra a boca" (3 pontos). Ler e seguir a seguinte instrução: "Feche os olhos" (1 ponto). Escreva uma frase (1 ponto). Copiar o seguinte desenho (1 ponto).
SCORE TOTAL _____		

Extraído de Folstein M, Folstein S, McHugh P: Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 12: 129, 1975.



EDUARDO VAZ



REGISTO DAS INFORMAÇÕES

Este passo é tão ou mais importante que o exame propriamente dito, pois **informação não registada é informação perdida.**

Dados importantes devem ser registos, seja em que formato for: **papel ou suporte informático.**



BIBLIOGRAFIA

KAPLAN, Harold I., SADOCK, Benjamin J., GREBB Jack A.. (1995) *Compêndio de Psiquiatria Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Artmed. Porto Alegre

STUART, Gail.; LARAIA, Michele(2001). *Enfermagem Psiquiátrica Princípios e Prática*. Artmed. Porto Alegre.

TRZEPACZ Paula T.; BAKER Robert W. (2001). *Exame psiquiátrico do estado mental*. Climepsi editores. Lisboa

Anexo X – Panfleto *Ajude-nos a Ajudá-lo.*

Outros Contactos Importantes...

CAT de Xabregas

Morada: Rua de Xabregas 82

Lisboa

Tel. 218610470

CAT das Taipas

Morada: Parque de Saúde de Lisboa

Hospital Júlio de Matos

Tel. 211119200

CAT do Restelo

Morada: Av. D Restelo , 36

Lisboa

Tel. 213030600

GAT—Oriental

Morada: Qt. do Lavrado, Urbanização Vale de

Chelas, Loja 10 B

Lisboa

Tel. 916895626

GAT—Occidental

Morada: Estrada do Poço do Chão, 15 A

Benfica

Lisboa

Tel. 919559503

Comunidade Vida e Paz

Morada: Sede: Rua Domingos Bomtempo, 7

1700-142 Lisboa

Tel. 218460165



Nós Estamos Aqui

Centro Porta Amiga das Olaias (Lisboa)

Rua Américo Durão, loja 8 e 9 1900-064 Lisboa

Tel. 218 498 019 **Fax.** 218 451 858

E-Mail: pa.olaias@ami.org.pt

Horário de Funcionamento: De Segunda a Sexta-feira
das 9h30 às 17h30

Realizado por: Eduardo Vaz

Aluno do Curso de Mestrado em Enfermagem

Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Universidade Católica Portuguesa



Centro Porta
Amiga das
Olaias (Lisboa)



Ajude-nos a Ajudá-lo

Morada: Rua Américo Durão, loja 8 e 9 1900-064
Lisboa

Tel. 218 498 019 **Fax.** 218 451 858

Horário de Funcionamento: De Segunda a Sexta-feira
das 9h30 às 17h30

O que são?

São Centros que prestam serviços que visam satisfazer as necessidades básicas dos indivíduos e desenvolver a autonomia dos cidadãos.

Objectivos Gerais

Combater a pobreza e a exclusão social, criando os meios necessários à reinserção de situações problema, que potencialmente conduzem à marginalização e, conseqüentemente, exclusão social.

Objectivos Específicos

- Promover as condições que possam conduzir à reinserção da população alvo deste projecto;
- Satisfação das necessidades básicas desta população em termos de alimentação, higiene, roupas e dos cuidados primários de saúde;
- Desenvolver e dinamizar uma rede de apoios jurídicos, médicos, sociais e psicológicos, que permitam dar resposta íntegra das necessidades desta população;
- Criação de espaços de convívio, formação e informação, que permitam o crescimento da auto-estima do indivíduo e possibilitem a sua inserção no tecido sócio-profissional;
- Promover uma rede de serviços complementares entre si, não só de âmbito nacional como também europeu, e mesmo, sempre que possível, com organizações de cariz internacional, de modo a obter uma concertação de esforços, através da política de protocolos;

O que pode fazer no Centro Porta Amiga das Olaias?



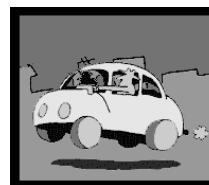
Alimentação—Poderá usufruir de uma refeição completa por um preço social de **1,35 €** (até as 14h)

Higiene—Poderá tomar banho de chuveiro pelo preço social de **0,75€** (até as 12h)



Vestuário—Poderá vir buscar roupa nas nossas instalações

Apoio Jurídico, Apoio Social, Apoio Psicológico e Apoio de Enfermagem—poderá procurar qualquer um destes apoios caso necessite.



Equipas de Rua

O que são as Equipas de Rua?

As Equipas de Rua deslocam-se à rua numa carrinha móvel que permite conceder apoio social, psicológico e de saúde, uma vez que está devidamente equipada neste sentido, através de um gabinete que possui no seu interior.

As Equipas de Rua têm como metas:

- Melhorar a qualidade de vida dos sem-abrigo promovendo respostas integradas de várias áreas às suas situações
- Complementar a intervenção realizada aos utentes dos Centros Porta Amiga
- Prestar apoio psico-social contínuo de forma a evitar regressões

Serviço de Emergência Social da Santa Casa da Misericórdia

Morada: Travessa do Rosário, nº 31
1250—196 Lisboa
Tel. 213220860

Hospital Júlio de Matos

Consulta Externa
Morada: Parque de Saúde de Lisboa
Av. Brasil nº 53
Tel. 21791700

Unidade de Alcoologia de Lisboa (UAL)

Morada: Parque de Saúde de Lisboa—Hospital Júlio de Matos
Tel. 217958030

Sociedade Anti-Alcoólica Portuguesa

Morada: Rua Febo Mniz, 13 1º andar
Tel. 213571483

Apoio a Emigrantes

Centro Nacional de Apoio ao Emigrante (CNAI)

Morada: Rua Álvaro Coutinho nº 14
1150-025 Lisboa
Tel. 218106100
(2ª a 6ª feira das 8 30 min às 16h 30 min)

Centro de Aconselhamento e detecção—VIH

Morada: Rua de São Ciro, 36 Lapa Lisboa
Tel. 213930151/2 **gratuito**

Anexo XI – Descrição das intervenções
realizadas com a equipa domiciliária

DESCRIÇÃO DAS INTERVENÇÕES REALIZADAS COM A EQUIPA DOMICILIÁRIA

Para tentar aperceber-me de toda a dinâmica desenvolvida no Centro Porta Amiga das Olaias, pedi a colaboração dos alunos de Enfermagem a estagiar na instituição para me identificarem utentes com comportamentos de risco que poderiam desenvolver patologia mental. Após terem-me identificado dois casos, fiz alguma consulta com os profissionais do centro e decidi participar no percurso que incluía as visitas domiciliárias dos dois casos identificados.

Durante o percurso visitei várias casas de utentes, que embora vivessem em situações precárias, tinham bastante higiene e algum conforto. Durante esta minha intervenção, dialoguei com os utentes e tentei perceber a necessidade de intervir a nível da saúde mental de forma a prevenir a doença e promover hábitos diários saudáveis.

Consegui identificar dois casos, nos quais se desenvolveram actuações diferentes por serem casos muito díspares.

O primeiro caso foi referente a uma utente idosa que vivia em condições de higiene muito precárias, sendo considerado, para alguns profissionais, um caso de saúde pública.

O segundo caso, completamente antagónico, estava dirigido a uma familiar de uma utente apoiada pela equipa domiciliária que pela sua dedicação extrema à família, deixou de se valorizar como mulher e como pessoa.

Em seguida, descrever-se-á as intervenções realizadas junto destas utentes e os ganhos em saúde obtidos.

1º Caso

Após colheita de alguma informação sobre a utente, resumi os dados obtidos a três informações essenciais:

- a utente é uma mulher idosa;
- vive com o filho que trabalha de noite;
- recusa qualquer intervenção de higienização no seu domicílio.

Tentei perceber quais as estratégias utilizadas anteriormente para resolver a situação e a eficácia das mesmas, que até a data tinha sido nula.

Livre de preconceitos e obtidos estes dados objectivos, fui com a aluna Mafalda e com o motorista da carrinha que leva o almoço habitualmente à doente, a casa da utente, por

volta das 13h. Chegámos ao elevador do prédio e sentia-se um odor fétido que infestava todo o ambiente. Saímos do mesmo e deparámo-nos com uma senhora que espreitava pela porta com olhar desconfiado tentado perceber quem vinha a chegar.

Perguntei ao motorista se era aquela utente que vínhamos visitar. Após a resposta afirmativa aproximei-me descontraidamente, com o sorriso nos lábios e estendi a mão e disse:

- Bom dia, D. Maria (nome fictício usado par proteger confidencialidade da utente), Chamo-me Eduardo e sou Enfermeiro no Centro Porta Amiga das Olaias e esta é a minha colega Mafalda.

A D. Maria ofereceu-nos um sorriso franco e disse:

- Ai, é enfermeiro, então dêem cá um beijinho.

Ao aproximar-me mais verifiquei que a D. Maria era uma mulher de oitenta e tal anos, de estatura baixa, cabelo grisalho apanhado em trança e deambulava com auxílio de canadianas. Roupa adequada á idade mas no entanto muito suja.

Convidou-nos a entrar e ofereceu-nos rebuçados logo à entrada. Iniciei a minha observação do domicílio da utente e verifiquei que as condições de higiene eram as piores que alguma tinha presenciado em todo o meu percurso profissional. Para além do cheiro fétido, a casa encontrava-se em completa desordem com roupa espalhada por todo o lado e havia restos de comida já em decomposição no chão e encima dos móveis. É difícil descrever os estado caótico e de falta de higiene em que a casa se encontrava.

Referi á utente que o objectivo da nossa visita prendia-se com a saúde dela.

Expliquei-lhe que estávamos ali para ajudar no que fosse necessário, salientando sempre o carácter gratuito da ajuda. Após alguma conversa trivial que serviu para ganhar o carácter de confiança e a utente identificar-se (Peplau. 1990) connosco, perguntei-lhe:

ENF. - Como se sente, D. Maria?

D. Maria. - Com olhar cansado respondeu: - sinto-me exausta, doem-me as pernas e tenho de andar com esta bengala, tenho sempre as pernas inchadas.

ENF. - E tem feito alguma coisa para aliviar a dor? Perguntei.

D. Maria – não, o que eu precisava era de descansar, mas não posso por causa do meu filho que trabalha de noite, é DJ numa discoteca, e eu tenho que arrumar a casa.

ENF. – É a senhora que arruma a casa toda?

D. Maria – Sou.

ENF. - Mas é uma cada grande. Afirmiei.

D. Maria – Sim, tem quatro assoalhadas - explicou. Após algum tempo a descrever a casa, referiu que já lhe custa cuidar dela.

ENF. – Que idade tem a D. Maria? Perguntei.

D. Maria – Tenho 82 anos.

ENF. – Tem a idade da minha avó sabe. Ela se não tivesse a ajuda das filhas e netos também não sei como conseguiria cuidar da casa. Surpreende-me como consegue cuidar dela.

D. Maria – Mas não está mal, pois não?

ENF. – Acho que a D. Maria faz o que pode mas se aceitasse ajuda, não se esforçava tanto e ficaria melhor, que acha?

D. Maria – Oh, elas já vieram com essa conversa, mas levam muito dinheiro e eu não tenho dinheiro para isso. (referindo-se às Assistentes Sociais do centro Porta Amidga das Olaias)

ENF – E se não lhe cobrarem dinheiro?

D. Maria – Elas vêm para aí e mexem-me em tudo sem eu estar a ver.

ENF – Mas a D. Maria está cá em casa.

D. Maria - Ai sim? Pensava que elas vinham para aí a limpar e eu tinha que sair. Nunca me explicaram isso. Mas eu também não quero cá muitas mulheres.

Mostrou-se muito surpreendida, por não ter que pagar dinheiro e por não ter que sair de casa.

ENF. – Não, pode vir só uma e à sua escolha. Quem quer que venha cá?

D. Maria – Aquela moça forte dos cabelos curtos.

ENF. – A D. Conceição?

D. Maria – Sim essa mesma.

ENF. – E a que dia lhe dá jeito?

D. Maria – Lá pró fim da semana. Quinta ou sexta-feira.

ENF. – Agendamos para quinta feira?

D. Maria – Melhor para sexta-feira á tarde porque demanhã o meu filho trabalha.

ENF. – D. Maria, gostei muito de a conhecer. Espero vê-la na sexta-feira. Muito obrigado pelos bombons.

D. Maria – Obrigado a vocês e ate à próxima.

Despediu-se com dois beijos e um sorriso no rosto.

Foram posteriormente mobilizados os recursos humanos existentes para sexta-feira à tarde e foram instruídas as assistentes operacionais como deveriam realizar a abordagem

de forma a não impor nada à utente, e assim conseguir o objectivo a que nos propusemos, que foi, proporcionar no imediato condições de higiene e conforto à utente.

No dia marcado a utente demonstrou alguma renitência na abordagem, mas conseguiu-se fazer limpeza à casa e prestar os cuidados de higiene e conforto à utente. Também nesse dia foi responsabilizado o filho pelo estado de saúde da mãe e pelas condições sanitárias da casa.

Embora, esta intervenção pareça simples, a mudança de comportamentos exigiu um esforço na abordagem, foi necessário mobilizar conhecimentos teóricos como o desenvolvimento de uma relação interpessoal para que obtivesse algum sucesso. Podem-se identificar as diferentes fases propostas por Peplau (1990) que na maioria das vezes exigem tempo e dedicação, neste caso o objectivo não era muito ambicioso porque não era mudar comportamentos a longo prazo mas melhor as condições sanitárias da doente num curto espaço de tempo.

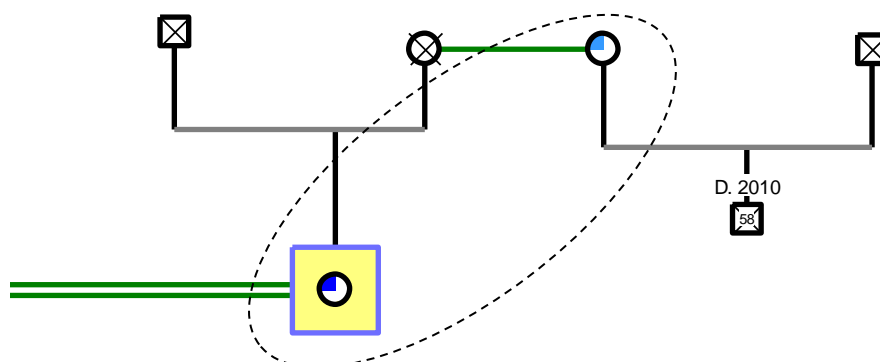
2º Caso

A D. Ana (nome fictício), foi-me descrita pela equipa do Centro Porta Amiga das Olaias como uma mulher de meia-idade, filha única, solteira, activa, bem cuidada e de uma dedicação extrema à família. Transmitiram-me a preocupação, de que a D. Ana era tão exigente com o seu envolvimento com a família e a casa que se encontrava completamente exausta, aparentando um aspecto cansado, esquecendo-se muitas vezes de comer e de cuidar dela própria para cuidar de uma tia, que se encontrava acamada vítima de AVC.

Também me informaram que anteriormente a D. Ana também cuidava de um primo, que faleceu em 2010, que se encontrava acamado vítima de um acidente de viação.

Questionei se a D. Ana tinha algum familiar conhecido, o que me responderam que não, que apenas tinha um vizinho que a ajudava a alternar decúbitos e a dar banho a tia.

Estes dados permitiram-me construir um genograma:



Após esta recolha de informações, foi planeada a abordagem de forma a tentar perceber se era a utente necessitava e queria ajuda e desenvolver estratégias conjuntas para resolver os problemas / necessidades identificados.

1º Contacto

Cerca das dez horas da manhã, acompanhei a equipa da visita domiciliária a casa da D. Maria. Chegámos a um prédio em boas condições arquitectónicas, limpo e com bom aspecto.

Tocámos à campainha, e logo se apressou uma senhora, a abrir a porta, com um sorriso na cara. Foi logo identificada como sendo a D. Maria.

D. Maria – Bom dia. Entrem.

A D. Maria apresentava um aspecto cansado, mas de higiene cuidada, roupa impecavelmente limpa e passada, cabelo bem tratado e aparentemente bem nutrida.

Quanto à casa: estava bem decorada, limpa e arrumada.

Fechou a porta detrás de nós e disse.

D. Maria – Já lhe lavei a cara e acabei de lhe dar o pequeno-almoço, o que querem que eu faça mais?

AO (Assistente Operacional) da Equipa domiciliária – hoje não queremos que faça nada. Queremos que vá conversar com o Enfermeiro Eduardo e com a Mafalda que já conhece.

ENF – Bom dia D. Maria. Sou o enfermeiro Eduardo e gostaria de conversar um pouco com a senhora. O que lhe parece.

A olhar para os cuidados de higiene a serem prestados à tia referiu: Está bem.

ENF – Onde podemos conversar mais tranquilamente?

D. Maria – Vamos para a sala.

Fomos para a sala e a D. Maria sentou-se num sofá onde podia estar a observar os cuidados prestados a tia.

Sentei-me também, inclinei-me ligeiramente para frente tentando ter uma postura descontraída e olhando directamente para a utente, iniciei a minha entrevista.

ENF - D. Maria antes de mais queria dizer-lhe qual o objectivo que me trouxe aqui. Sei que a senhora cuida muito bem da sua tia, mas as minhas colegas têm-me referido que a senhora esquece-se de cuidar de si. Não se alimenta correctamente, não dorme, não sai de

casa, sempre para cuidar da sua tia. Eu gostaria de saber como se sente e como a posso ajudar.

D. Maria – sim é verdade eu às vezes esqueço-me de mim, mas ela não tem mais ninguém, e se não for a cuidar dela quem é que vai cuidar. Olhe Sr. Enfermeiro eu durmo cerca de 3 horas por noite. Adormeço lá para a meia-noite e levanto-me as três para a virar e ver se ela está viva. Às 6 horas já estou a arrumar a casa e a fazer-lhe o pequeno-almoço. Viro-a várias vezes até chegarem a senhoras da AMI. Esta é a minha vida.

ENF. – E como se sente com esta situação?

D. Maria – Sinto-me cansada, mas é a minha obrigação. Ela só me tem a mim.

Mais uma vez desviou o olhar para observar o que as AO estavam a fazer à tia.

ENF – Mas diga-me uma coisa. A D. Maria já procurou ajuda em algum lado?

D. Maria – Já falei com a assistente social para ela ir para um lar e já demos entrada aos papéis, agora estou à espera.

ENF – Não estou a falar da sua tia mas sim da senhora.

D. Maria – Ah, já fui à minha médica de família para me receitar umas vitaminas.

Pensei que talvez tivesse sido muito invasivo e retrocedi um pouco.

ENF – Disse-me que sentia cansada com situação, mas sente-se alegre ou triste?

D. Maria – Olhe Sr. Enf. a maior parte das vezes sinto-me triste, desamparada, porque isto é um fardo muito grande. Primeiro foi o meu primo que morreu no ano passado e logo a seguir dá-lhe um AVC (referindo-se à tia) e fica neste estado. Mas agora ando melhorzita.

ENF – O que quer dizer com melhorzita?

Mais uma vez, desvia o olhar em direcção ao quarto da tia.

ENF - Quer explicar-me melhor o que quer dizer com melhorzita?

D. Maria – Olhe Sr. Enfermeiro, nem estou bem nem mal. Vou indo.

ENF – E acha que sentir-se na maior parte das vezes triste é normal?

D. Maria – Não acho Sr. Enfermeiro, mas eu já falei com a minha médica de família e ela deu-me uns comprimidos para tomar porque eu sei que devo ter um esgotamento. Já não me sinto feliz há muito tempo.

ENF – e quando foi a última vez que se sentiu feliz?

D. Maria – foi no mês passado, que eu pedi ao meu vizinho que me vem cá ajudar com a minha tia para ficar com ela e eu fui a um jantar com as minhas amigas do liceu. Fomos jantar fora, conversámos e depois elas foram a um bar, mas eu tive que vir para casa por causa da minha tia. Diverti-me muito.

ENF – E porque não o faz mais vezes?

D. Maria – Oh Sr. Enfermeiro, porque tenho que tratar dela. Mesmo quando ela esteve internada eu ia lá a todas as visitas. E quando me arranjam aquela coisa do descanso do cuidador eu também fui lá sempre. Se eu não tratar dela e desta casa o que é que eu faço. Já quase a terminarem os cuidados de higiene à tia, a D. Maria já demonstrava alguma inquietação, levantando-se constantemente da cadeira e desviando o olhar. Decidi terminar a intervenção.

ENF - D. Maria disse-me que se sente triste a maior parte das vezes e que se sente responsável por cuidar da sua tia, que se sente feliz quando sai com as suas amigas mas que isso não acontece com frequência. Que anda a tomar uns comprimidos que a médica lhe receitou e que actualmente se sente melhor. Foi isso que me disse?

D. Maria – Foi sim Sr. Enf.

ENF - D. Maria, o que lhe parece ir ao Hospital Júlio de Matos a uma consulta com um médico ou com um psicólogo?

D. Maria – Ai não, o Júlio de Matos é muito longe, não quero, eu vou a minha médica de família.

ENF – E que lhe parece se eu vier a sua casa conversar consigo uma vez por semana para ver se conseguimos arranjar estratégias para se sentir feliz mais vezes.

D. Maria – Gostava muito.

ENF - Então até à próxima.

Foram realizadas mais três visitas domiciliárias, aplicou-se a Escala de Hamilton da Depressão que revelou depressão moderada (como valor 16) e foi iniciada uma terapia expressiva no início e posteriormente de suporte.

Fez todo o sentido o uso da terapia expressiva no início pois é importante que o utente se sinta que estamos presentes e que queremos compreendê-lo. Que queremos ouvi-lo e estamos disponíveis para o fazer. Também é importante para recolhermos informação e identificar as necessidades afectadas e desenvolver estratégias para as satisfazer.

Como refere Bloch (1996) e Dewald (1994) citados por Chalifour (2009, p. 265) *Do ponto de vista conceptual, a terapia de suporte pode ser compreendida como ocupando uma das extremidades de um espectro contínuo de intervenção psicoterapêutica, no qual a terapia expressiva ocupa a outra extremidade.*

Nas duas últimas visitas, desenvolveu-se uma terapia de suporte, com vista a aumentar a auto-estima e oferecer um apoio psicológico eficaz que capacitará a utente a gerir bem o seu sofrimento e as suas angústias.

Pinsker, Roshental e McCullough (1991) cit, por Chalifour (2009, p. 266) a terapia de suporte é considerada como um *tratamento díadico caracterizado pela utilização de medidas directas para reduzir ou impedir a agravação de sintomas, restaurar ou aumentar a auto-estima, as habilidades adaptativas e o funcionamento psicológico. Para alcançar esses objectivos, o tratamento pode centrar-se na relação efectiva ou transferencial e nas modalidades passados ou habituais de respostas emocionais e comportamentais.*

No final das terapias realizadas à utente, esta verbalizou que “sentia-se menos vezes triste e que alguns momentos estava bem com ela mesma”.

Perante estas frases que senti-me realizado com o meu desempenho, pois os verdadeiros objectivos e a razão da existência da enfermagem foram atingidos. Obtiveram-se ganhos em saúde para a utente e consequentemente para a sua tia.

Como considerações finais, quero referir que em ambas as situações a presença do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria é fundamental pois a saúde não passa pelo fornecimento de bens alimentares ou de higiene. É também necessária uma actuação holística perante o utente que necessita de ajuda, e isso apoio ó a enfermagem pode dar.

Referências Bibliográficas

Chalifour J.(2009). *A Intervenção terapêutica – estratégias de intervenção*. Vol. 2. Loures: Lusodidacta.

Peplau. H. E. (1990) *Relaciones Interpersonales en Enfermeria*.Barcelona: Salvat Editores, S.A.

Anexo XII – Projecto de Intervenção A
Consulta de Enfermagem



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM EM SAÚDE
MENTAL E PSIQUIATRIA

PROJECTO DE INTERVENÇÃO
A CONSULTA DE ENFERMAGEM

Aluno: Eduardo José Vicente Vaz

Sob orientação de: Prof. Sarreira Santos

Lisboa, Dezembro de 2011

Índice

Introdução.....	2
1. Fundamentação teórica.....	3
2. População Abrangida.....	5
3. Consulta de Enfermagem.....	6
3.1.Objectivos da Consulta de Enfermagem	6
3.1.1 <i>Objectivo geral</i>	6
3.1.2 <i>Objectivos específicos</i>	6
3.2 Actividades a desenvolver	6
3.3 Recursos Necessários	7
4. Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.....	8
4.1 Objectivos da Consulta de Saúde Mental e Psiquiatria	8
4.1.1 <i>Objectivo Geral</i>	9
4.1.2 <i>Objectivos Específicos</i>	9
4.2 Actividades a desenvolver	9
4.3 Recursos Necessários	10
Considerações Finais	11
Bibliografia.....	12
Anexos	

Introdução

A consulta de enfermagem, ainda pouco aceite nos nossos dias, constitui uma intervenção fundamental na boa prática do dia-a-dia do enfermeiro. Trata-se de uma intervenção independente regulamentada pela ordem dos enfermeiros, na sua estrutura e concepção, nas competências do enfermeiro de cuidados gerais e quando se trata de uma consulta mais especializada nas competências do enfermeiro especialista.

Sendo o Centro Porta Amiga da AMI, uma Organização Não Governamental sem fins lucrativos que dá apoio à população sem-abrigo ou carenciada socialmente e economicamente, muitas pessoas recorrem a esta instituição com intuito de satisfazer as suas necessidades básicas como a alimentação, a higiene e o vestir-se mas também para pedir apoio social e cuidados de saúde.

Pela razão supra mencionada, faz todo o sentido que o Centro Porta Amiga tenha no seu quadro de trabalhadores um enfermeiro que preste todos os cuidados de enfermagem necessários à população abrangida e possa encaminhar devidamente o paciente que necessita de cuidados especializados.

Foi com intuito de formalizar esta consulta de enfermagem que foi realizado este trabalho/projecto para que futuramente sirva de guia para os enfermeiros que venham a desempenhar funções nesta instituição, seja em regime de voluntariado seja em regime remunerado.

1. Fundamentação teórica

A implementação de raiz de uma actividade ou conjunto de actividades como é a consulta de enfermagem exige um enquadramento teórico, legal e prático consistente para que não se torne um processo obsoleto e inglório. Neste sentido foi realizada uma pesquisa bibliográfica que permitiu uma fundamentação teórica em forma de funil. Isto é, iniciámos a nossa pesquisa de forma geral pesquisando a legislação em vigor e afunilámos o assunto até chegar às funções de enfermagem propriamente ditas.

O Serviço Nacional de Saúde em Portugal identifica-se como tendencialmente gratuito, no entanto a necessária existência de taxas moderadoras coloca esta gratuitidade num patamar de utopia.

O Decreto-Lei n.º 81/2009 de 2 de Abril refere *que a modificação do perfil de saúde e doença das populações apontam para a necessidade de reforçar a capacidade de actuação dos serviços de saúde pública, reforço com reflexos inerentes na sua organização e funcionamento, de modo que a sua intervenção seja mais adaptada a responder aos desafios de uma realidade que deixou de conhecer fronteiras, mais eficiente no consumo de recursos que são sistematicamente escassos e norteadas por critérios de qualidade que permitam satisfazer as necessidades de uma população que se tornou mais informada e exigente.*

O mesmo decreto-lei refere ainda *que por outro lado, uma vez que os serviços de saúde pública interessam a todos os sectores económicos e agentes sociais, são, naturalmente, elementos catalisadores de parcerias e estratégias intersectoriais que asseguram participação colectiva no processo de defesa e promoção da saúde.*

A lei de Bases da Saúde é clara nesse sentido, logo na Base I – Princípios gerais, ponto 4 refere

Os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos.

Não pretendemos com o presente trabalho criar, à priori, parcerias ou acordos com o Estado mas sim prestar cuidados de saúde e/ou realizar o encaminhamento necessário quando as limitações existentes não permitirem a prestação desses cuidados.

É de conhecimento comum que os sem-abrigo têm maior probabilidade de ficar doentes devido à carência de bens essenciais para a sua sobrevivência. Bahr referenciado por Bento e Barreto (2002. p. 77) assinala a *alta incidência de incapacidades físicas, de mutilações e desfiguramentos, bem como de doença mental e consumos entre a população*. Refere ainda que no seu estudo a tuberculose tinha uma alta incidência entre a população sem-abrigo (cerca de 20%).

Abreu e Antunes (2005: 25) também fazem uma referência a esta questão: *Os sem-abrigo, como já pudemos constatar, têm condições de vida muito precárias, com défices, não só a nível social, económico e relacional, mas também a nível da saúde. A saúde, como um dos factores que influencia directamente, a qualidade de vida, é também o que é mais referido pela maioria dos indivíduos, como determinante do seu bem-estar físico e psíquico.*

As doenças mentais nos sem-abrigo são variadas, embora não existam patologias psiquiátricas exclusivas dos sem-abrigo (Timms e Balázs (1998) referenciados por Bento e Barreto (2002; p.222)), a frequência de patologias é muito diferente na população sem-abrigo quando comparada com a população não sem-abrigo.

Embora o apoio social e a satisfação de algumas das necessidades desta população sem-abrigo por parte da AMI diminuam um pouco este risco de desenvolver algumas destas patologias, não as suprime. Para além desta intervenção comunitária é necessária uma intervenção mais personalizada no que toca à saúde. Como focam Bennet e Murphy (1999; p.65) (...) *as abordagens populacionais podem ser consideradas como eficazes em função dos custos, enquanto as intervenções individuais são eficazes em função dos resultados. É provável que a abordagem óptima consista na combinação dos dois métodos, destacando indivíduos de alto risco para intervenções de aconselhamento individual, ao mesmo tempo que expõe a população, de forma mais vasta, a manipulações do ambiente e dos media.*

Perante a apresentação destes factos e atendendo que o Centro Porta Amiga das Olaias não possui no seu quadro de recursos humanos um profissional de saúde, faz todo o sentido a implementação deste projecto assim como a contratação de um enfermeiro para o desenvolver.

2. População Abrangida

A população que se pretende atingir com esta consulta: são todos os indivíduos que recorrem ao apoio do Centro Porta Amiga das Olaias e todos os casos que a Equipa de Rua considere necessitados da mesma.

Para dar uma ideia da dimensão da população que estamos a identificar, o estudo realizado por Abreu e Antunes (2005; p.46) o Centro Porta Amiga das Olaias dá *apoio aos mais carenciados, como sendo os Sem-Abrigo, idosos, imigrantes e outros indivíduos que necessitem. (...) a população que recorre a este centro é caracterizada por um conjunto de fenómenos sociais, como a emigração, o desemprego, a precariedade habitacional, as baixas pensões sociais e de reforma, que tendem a agravar-se pela desestruturação familiar e por problemas de saúde, nomeadamente, pelo consumo de álcool e de outras drogas.*

Os mesmos autores revelam (2005; p.47) que, estatisticamente, no Centro Porta Amiga das Olaias, a população é essencialmente constituída por:

- Indivíduos do sexo masculino, solteiros com idades entre os 31 e 40 anos, com baixo nível de escolaridade e com grande disparidade de nacionalidades.

Já a população contactada pela Equipa de Rua é constituída essencialmente por *homens em idade activa – entre os 30 e 50 anos – solteiros, de nacionalidade portuguesa e imigrantes, tendo-se verificado um acréscimo de indivíduos provenientes não só dos PALOP, mas também dos países de Leste.* (ABREU E ANTUNES; 2005, p.48)

Um estudo realizado em 1999 por Bento e Barreto (2002) revela que existe semelhança entre os sem-abrigo que recorrem à Equipa de Rua e os sem-abrigo institucionalizados num hospital psiquiátrico, havendo elevadas taxas de alcoolismo e doenças psiquiátricas. *Houve um predomínio de quatro tipos de patologia: alcoolismo, psicose, toxicodependências e perturbações da personalidade.* (Bento & Barreto, 2002, p. 224)

No entanto temos que ter em conta que passados seis anos do estudo de Bento e Barreto (2005) foram resolvidos muitos casos pelo centro, no entanto novos casos apareceram e com a crise social e económica instalada adivinha-se um aumento desta população desfavorecida e necessitada do apoio do centro.

3. Consulta de Enfermagem

3.1. Objectivos da Consulta de Enfermagem

3.1.1 Objectivo geral

A consulta de Enfermagem tem como objectivo geral:

Prestar cuidados de enfermagem aos utentes do Centro Porta Amiga das Olaias com vista à promoção da saúde, embarcando os três níveis de prevenção, e dar apoio de enfermagem à equipa de rua sempre que seja solicitado pelos elementos que constituem a equipa.

3.1.2 Objectivos específicos

Os objectivos específicos da consulta de enfermagem são:

- Caracterizar a população utente do Centro Porta Amiga das Olaias.
- Identificar as necessidades de saúde dos utentes do Centro Porta Amiga das Olaias.
- Prestar cuidados gerais de enfermagem aos utentes que o solicitem.

3.2 Actividades a desenvolver

- Realização da colheita de dados de Enfermagem aos utentes na primeira consulta utilizando modelo próprio (Anexo I).
- Prestação cuidados de enfermagem gerais aos utentes do Centro, tendo em conta as competências do enfermeiro generalista regulamentados no REPE pela Ordem dos Enfermeiros. (Anexo II)
- Registar as necessidades de saúde afectadas, cuidados de enfermagem prestados e resultados obtidos em impresso ou ficheiro próprio.
- Realização de acções de promoção para a saúde individuais ou colectivas.

- Colaboração com a restante equipa do Centro Porta Amiga das Olaias no apoio social e de saúde.
- Realização de encaminhamentos necessários para outros profissionais e instituições tendo em conta as necessidades identificadas.

3.3 Recursos Necessários

O recurso necessário para a execução futura deste projecto passa pela presença de um Enfermeiro no centro que realize a consulta de enfermagem pelo menos duas vezes por semana. Nesse sentido anexamos uma carta de pedido de contratação de um enfermeiro para a instituição para que o trabalho seja contínuo e não dependa exclusivamente da boa vontade voluntária dos enfermeiros que por cá têm passado. (Anexo III)

4. Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Bento e Barreto (2002) referenciam Olfson *et al* (1999) que esclarece que o risco do doente esquizofrénico ficar sem-abrigo é dez vezes maior que na população em geral. Em seguida citam Rosa (1998) que defende que *a maior parte dos sem-abrigo com doença mental apresentavam já esta patologia antes de estarem na rua. Apesar da rua agravar as perturbações mentais, parece certo que em 60% dos casos as perturbações mentais precedem claramente a vida na rua.*

Estes dados são reveladores de uma elevada incidência de perturbações mentais na população sem-abrigo. Seja prévia à condição de sem-abrigo ou tenha início já durante esta condição, a perturbação mental está lá e necessita de um apoio e acompanhamento eficientes e eficazes. Pelo que consideramos fundamental a existência de uma consulta de enfermagem em saúde mental para despiste precoce destes transtornos e realizar um seguimento permanente dos casos identificados.

A consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria é uma consulta de enfermagem especializada pelo que só poderá ser realizada por um enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

As Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental estão regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros (Anexo V), e são essas funções que serviram como alicerce para o delinear de objectivos e actividades a desenvolver no Centro porta Amiga das Olaias.

4.1 Objectivos da Consulta de Saúde Mental e Psiquiatria

Os objectivos da Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica incluem os objectivos da Consulta de Enfermagem do Enfermeiro de cuidados gerais pelo que abaixo apresentamos apenas os objectivos dirigidos apenas à consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

4.1.1 Objectivo Geral

- Prestar Cuidados de Enfermagem especializados em Saúde Mental e Psiquiatria à população utente do Centro Porta Amiga das Olaias e colaborar com a Equipa de Rua sempre que for solicitado pela mesma.

4.1.2 Objectivos Específicos

- Analisar a população utente do Centro Porta Amiga das Olaias, tendo em conta a visão integrada de cuidados e os princípios da organização.
- Identificar as necessidades psicológicas, emocionais e sociais afectadas na população supramencionada.
- Intervir (aos três níveis de prevenção) nas pessoas com necessidades de saúde afectadas, essencialmente na área da especialidade, e prevenir futuras formas de exclusão social.
- Desenvolver actividades especializadas de educação para a saúde que visem a adopção de estilos de vida saudáveis.

4.2 Actividades a desenvolver

- Realização da colheita de dados de Enfermagem aos utentes na primeira consulta utilizando modelo próprio (Anexo I) e realizar a avaliação do estado mental do utente utilizando teste próprio (Anexo IV).
- Prestação de cuidados de enfermagem especializados aos utentes do Centro, tendo em conta as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental regulamentados pela Ordem dos Enfermeiros. (Anexo V)

- Dirigir as intervenções de enfermagem com vista à promoção da saúde mental e prevenção da doença mental utilizando técnicas relacionais/terapêuticas.
- Gestão de casos clínicos onde sejam identificadas necessidades de saúde mental.
- Registar as necessidades de saúde afectadas, cuidados de enfermagem prestados e resultados obtidos em impresso ou ficheiro próprio.
- Realização de acções de promoção para a saúde individuais ou colectivas.
- Colaboração com a restante equipa do Centro Porta Amiga das Olaias no apoio social e de saúde.
- Realização de encaminhamentos necessários para outros profissionais e instituições tendo em conta as necessidades identificadas.
- Realizar acções de formação na área de saúde mental e psiquiatria à restante equipa sempre forem detectados défices de conhecimento na área.

4.3 Recursos Necessários

O recurso necessário para a execução desta consulta especializada passa pela presença de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental no Centro Porta Amiga, pelo que a sua contratação efectiva é uma mais-valia para a instituição.

Considerações Finais

O Centro Porta Amiga das Olaias apoia socialmente mais de 200 famílias, para além destas existem muitas pessoas carenciadas que procuram o centro para se alimentarem, procederem aos seus cuidados de higiene, conseguir roupa para vestir ou obter cuidados de saúde que lhes permitam ter um pouco mais de qualidade de vida.

Mas estas necessidades nem sempre são satisfeitas pois os recursos disponíveis não permitem responder eficazmente à procura existente. Focando-nos apenas nos cuidados de saúde, podemos referir que estes são apenas prestados quando existe a voluntária boa vontade de um profissional de saúde que presta cuidados de forma esporádica e transitória.

Neste projecto justificámos a presença fundamental de um enfermeiro no Centro Porta Amiga das Olaias e tentamos organizar uma consulta de enfermagem que permita a oferta efectiva de cuidados de saúde à população, assim como ganhos em saúde e qualidade de vida para a mesma.

Também projectámos uma consulta de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiatria com intuito de actuar a nível de saúde mental da população que procura o Centro Porta Amiga das Olaias.

Tratando-se de um projecto, está sujeito à crítica, à mudança e à reformulação do mesmo, mas pensamos que se trata de um início para estruturar algo que irá permitir ajudar muitas pessoas que não têm outros recursos para sobreviver.

Bibliografia

- ABREU, Paulo; ANTUNES, Vera (2005) – *Cuidados de Saúde aos Sem Abrigo, Que Realidades?* Loures. Lusociência.
- AMI (2006), Relatório Anual, Lisboa
- BARROS, Carlos Pestana e Santos, J. C. Gomes Santos (1997) *A Habitação e a Reinserção Social em Portugal*. Editora Vulgata. Lisboa.
- BENNET, Paul; MURPHY, Simon (1999). *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa. CLIMEPSI
- BENTO, A. BARRETO, E. (2002). *Sem-amor Sem-abrigo*. Lisboa: CLIMEPSI
- FERNANDES, Maria Manuela (2006). *Fechados no Silêncio Os sem abrigo*, *Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais*. Universidade Aberta. Porto.
- MARTINS, Ana Maria (2007). *As sem abrigo de Lisboa*. Universidade Aberta. Lisboa
- MIGUEL, Marta; ORNELAS, José; MAROCO, João. (2010) *Modelo de atitudes face aos sem abrigo em Portugal*. *Análise Psicológica*. Lisboa. Pag. 437-450.
- RIVLIN, Leanne G. (1986). *The Nature of Homeless: Some Views on the Homeless Existence*. University of New York, New York.

<http://www2.seg-social.pt/left.asp?03.06.07.03>

<http://www.ordemenfermeiros.pt>

Lei de Bases da Saúde disponível em <http://www.min-saude.pt>

Anexos

Anexo I
Instrumento de Colheita de Dados



Colheita de Dados de Enfermagem

Nome: _____ Data de Nascimento: ___/___/_____ Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____ Estado Civil: _____ Habilitações Literárias: _____ Sabe: Ler <input type="checkbox"/> Escrever <input type="checkbox"/> Gosta de ser chamado por: _____														
Apoios Institucionais: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%; text-align: center;"><i>Instituição</i></th> <th style="width: 33%; text-align: center;"><i>Serviço</i></th> <th style="width: 33%; text-align: center;"><i>Periodicidade</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			<i>Instituição</i>	<i>Serviço</i>	<i>Periodicidade</i>									
<i>Instituição</i>	<i>Serviço</i>	<i>Periodicidade</i>												
ESTADO GERAL:														
Idade real: _____ (a ___/___/_____) Idade aparente: Corresponde à real <input type="checkbox"/> Apareta mais idade <input type="checkbox"/> Apareta menos idade <input type="checkbox"/>	Altura: __, __ m Peso: ____, __ Kg Índice de massa corporal (aparente): Muito Elevado <input type="checkbox"/> Elevado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Muito Baixo <input type="checkbox"/>													
Estado Emocional: Ansioso <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Comunicativo <input type="checkbox"/> Apático <input type="checkbox"/> Agressivo <input type="checkbox"/> Deprimido <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Labilidade Emocional <input type="checkbox"/>	Estado de Orientação: <u>Orientado:</u> <input type="checkbox"/> <u>Desorientado:</u> <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Espacial <input type="checkbox"/> Alopsíquica <input type="checkbox"/>													
Comunicação: Audição: Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Nula <input type="checkbox"/> Obs.: _____ Visão: Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Nula <input type="checkbox"/> Obs.: _____ Fala: Normal <input type="checkbox"/> Disartria <input type="checkbox"/> Obs.: _____														
Pele e mucosas:														
<u>Hidratação:</u> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/>	<u>Coloração:</u> Pálida <input type="checkbox"/> Rosada <input type="checkbox"/> Cianosada <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> _____													

OBSERVAÇÃO FÍSICA

Cabeça (cabelo, face, escleróticas, boca, dentição):

Pescoço e Tórax

Abdómen

Membros Superiores

Membros Inferiores

Períneo e Genitais

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES PESSOAIS

Alergias:

Alergénos: _____

Fármacos: _____

Consumo de drogas:

Tipo: _____

Forma de consumo: _____

Frequência: _____

OUTROS REGISTOS:

___/___/___

(Assinatura)

Anexo II
Competências do Enfermeiro
Generalista

DIVULGAR

REGULAMENTO DO PERFIL DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS



APROVADO POR UNANIMIDADE
na Assembleia Geral Extraordinária
de 22 de outubro de 2011

DIVULGAR

REGULAMENTO DO PERFIL DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS



APROVADO POR UNANIMIDADE
na Assembleia Geral Extraordinária
de 22 de outubro de 2011

Ordem dos Enfermeiros
Agosto de 2012

ÍNDICE

Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais

Preâmbulo	05
Artigo 1.º - Objecto.....	07
Artigo 2.º - Finalidades.....	07
Artigo 3.º - Conceitos.....	08
Artigo 4.º - Domínios das Competências.....	08
Artigo 5.º - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	08
Artigo 6.º - Domínio da Prestação e Gestão de Cuidados.....	09
Artigo 7.º - Domínio do Desenvolvimento Profissional	09

Anexo I - Competências do Enfermeiro de

Cuidados Gerais	11
A - Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	11
B - Domínio da prestação e gestão de cuidados	13
C - Domínio do desenvolvimento profissional.....	22

REGULAMENTO DO PERFIL DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS

PREÂMBULO

A formulação do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais resultou de um percurso de construção de consensos, partindo do documento *ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse*, tendo sido, em 2003, publicado e amplamente divulgado. A apresentação em domínios das 96 competências foi reorganizada, mantendo-se todas as competências definidas e reagrupando-se numa estrutura que visa, principalmente, ser adequada para o processo de certificação.

Tendo em conta que:

(I) o exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de Enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de Enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades;

(II) A tomada de decisão do enfermeiro, que orienta o exercício profissional, implica uma abordagem sistémica e sistemática – na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de Enfermagem da pessoa individual ou do grupo

(família e comunidade); após efectuada a correcta identificação da problemática do cliente, as intervenções de Enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. No processo da tomada de decisões em Enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática;

(III) Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, relevam os princípios humanistas, de respeito pela liberdade e dignidade humanas e pelos valores das pessoas e grupos. No seu desempenho, os enfermeiros respeitam os deveres previstos no Código Deontológico e a regulamentação do exercício da profissão, que enformam a boa prática da Enfermagem.

O presente Regulamento, mantém a numeração original do documento de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (OE, 2003) nos critérios de competência suportando a sua agregação e sistematização nos conceitos de «Domínio de Competência», de «Norma ou descritivo de competência» e «Critérios de Competência» facilitando o processo de acompanhamento, tendo em vista o desenvolvimento e validação das competências com vista à respectiva certificação.

Deste modo, do presente Regulamento faz parte integrante o Anexo I, onde para cada uma das competências, nos vários domínios, se sistematiza o respectivo descritivo e os critérios de competência como instrumento de orientação para a implementação do processo de certificação de competências.

Assim, e nos termos da alínea d) do artigo 30.º, da alínea o) do n.º 1 do artigo 20.º e da alínea i) do artigo 12.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, sob proposta do Conselho de Enfermagem e do Conselho Directivo, ouvidos o Conselho Jurisdicional e os conselhos directivos regionais, a Assembleia Geral aprova o seguinte Regulamento:

Artigo 1.º

Objecto

O presente regulamento define o perfil das competências dos enfermeiros de cuidados gerais.

Artigo 2.º

Finalidades

1. O perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.
2. Pela certificação destas competências assegura-se que o enfermeiro possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção.

Artigo 3.º

Conceitos

Para os efeitos do presente Regulamento, entende-se por:

- 1.«Domínio de competência», uma esfera de acção compreendendo um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados;
- 2.«Norma ou descritivo de competência», a competência em relação aos atributos gerais e específicos, sendo decomposta em segmentos menores, podendo descrever os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho;
- 3.«Critérios de competência», os elementos que devem ser entendidos como evidência do desempenho profissional competente.

Artigo 4.º

Domínios das Competências

Os domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais são a responsabilidade profissional, ética e legal, a prestação e gestão dos cuidados e o desenvolvimento profissional.

Artigo 5.º

Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

- 1.As competências do enfermeiro de cuidados gerais no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são:

- a) Desenvolve uma prática profissional com responsabilidade;
- b) Exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros ético, deontológico e jurídico.

2. Cada uma das competências previstas no número anterior é apresentada com descritivo e critérios de competência (Anexo I).

Artigo 6.º

Domínio da Prestação e Gestão de Cuidados

1. As competências do enfermeiro de cuidados gerais no domínio da prestação e gestão de cuidados são:

- a) Actua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados;
- b) Contribui para a promoção da saúde;
- c) Utiliza o Processo de Enfermagem;
- d) Estabelece comunicação e relações interpessoais eficazes;
- e) Promove um ambiente seguro;
- f) Promove cuidados de saúde interprofissionais;
- g) Delega e supervisiona tarefas.

2. Cada uma das competências previstas no número anterior é apresentada com descritivo e critérios de competência (Anexo I).

Artigo 7.º

Domínio do Desenvolvimento Profissional

1. As competências do enfermeiro de cuidados gerais no domínio do desenvolvimento profissional são:

- a) Contribui para a valorização profissional;
 - b) Contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem;
 - c) Desenvolve processos de formação contínua.
2. Cada uma das competências previstas no número anterior é apresentada com descritivo e critérios de competência (Anexo I).

Aprovado, por unanimidade, pelo Conselho Directivo na reunião de 21 de Setembro de 2011.

A Presidente do Conselho Directivo
Enf.^a Maria Augusta de Sousa

ANEXO I

COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS¹

A - DOMÍNIO:

Responsabilidade profissional, ética e legal.

Competência

A1. Desenvolve uma prática profissional com responsabilidade.

Descritivo

Demonstra um exercício seguro, responsável e profissional, com consciência do seu âmbito de intervenção. A competência assenta num corpo de conhecimento e na avaliação sistemática das melhores práticas, permitindo uma tomada de decisão fundamentada.

Critérios de competência

- (1) - Aceita a responsabilidade e responde pelas suas acções e pelos juízos profissionais que elabora.
- (2) - Reconhece os limites do seu papel e da sua competência.
- (3) - Consulta peritos em Enfermagem, quando os cuidados de Enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competência.

¹ Mantém-se a numeração do documento de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (OE, 2003) nos critérios de competência.

cia actual ou que saem do âmbito da sua área de exercício.

(4) - Consulta outros profissionais de saúde e organizações, quando as necessidades dos indivíduos ou dos grupos estão para além da sua área de exercício.

Competência

A2. Exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros ético, deontológico e jurídico.

Descritivo

Demonstra uma prática assente na Deontologia profissional e nos referenciais legais; analisa e interpreta em situação específica de prestação de cuidados gerais.

Critérios de competência

(5) - Exerce de acordo com o Código Deontológico.

(6) - Envolve-se de forma efectiva nas tomadas de decisão éticas.

(7) - Actua na defesa dos direitos humanos, tal como descrito no Código Deontológico.

(8) - Respeita o direito dos clientes ao acesso à informação.

(9) - Garante a confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional.

(10) - Respeita o direito do cliente à privacidade.

(11) - Respeita o direito do cliente à escolha e à autodeterminação referente aos cuidados de Enfermagem e de saúde.

(12) - Aborda de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.

(13) - Identifica práticas de risco e adopta as medidas apropriadas.

(14) - Reconhece as suas crenças e os seus valores e a forma como estes podem influenciar a prestação de cuidados.

(15) - Respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos.

(16) - Presta cuidados culturalmente sensíveis.

(17) - Pratica de acordo com a legislação aplicável.

(18) - Pratica de acordo com as políticas e normas nacionais e locais, desde que estas não colidam com o Código Deontológico dos enfermeiros.

(19) - Reconhece e actua nas situações de infracção ou violação da Lei e/ou do Código Deontológico, que estão relacionadas com a prática de Enfermagem.

B - DOMÍNIO:

Prestação e gestão de cuidados.

B1. Actua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados.

Descritivo

O enfermeiro age de forma fundamentada, mobilizando e aplicando os conhecimentos e técnicas

adequadas, procurando realizar as melhores práticas assentes em resultados de investigação e outras evidências.

Crítérios de competência

(20) - Aplica os conhecimentos e as técnicas mais adequadas, na prática de Enfermagem.

(21) - Incorpora, na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências.

(22) - Inicia e participa nas discussões acerca da inovação e da mudança na Enfermagem e nos cuidados de saúde.

(23) - Aplica o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas.

(24) - Ajuíza e toma decisões fundamentadas, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados.

(25) - Fornece a fundamentação para os cuidados de Enfermagem prestados.

(26) - Organiza o seu trabalho, gerindo eficazmente o tempo.

(27) - Demonstra compreender os processos do direito associados aos cuidados de saúde.

(28) - Actua como um recurso para os indivíduos, para as famílias e para as comunidades que enfrentam desafios colocados pela saúde, pela deficiência e pela morte.

(29) - Apresenta a informação de forma clara e sucinta.

(30) - Interpreta, de forma adequada, os dados objectivos e subjectivos, bem como os seus sig-

nificados, tendo em vista uma prestação de cuidados segura.

(31) - Demonstra compreender os planos de emergência para situações de catástrofe.

Competência

B2. Contribui para a promoção da saúde.

Descritivo

O enfermeiro mobiliza os seus conhecimentos técnico-científicos na definição de diagnósticos de situação, no estabelecimento de planos de acção atendendo às políticas de saúde e sociais, bem como os recursos disponíveis no contexto em que está inserido. O enfermeiro no âmbito da educação para a saúde, dota os cidadãos de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas ao seu projecto de saúde.

Crítérios de competência

(32) - Demonstra compreender as políticas de saúde e sociais.

(33) - Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades.

(34) - Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde.

(35) - Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação.

(36) - Aplica conhecimentos sobre recursos

existentes para a promoção e educação para a saúde.

(37) - Actua de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adoptarem estilos de vida saudáveis.

(38) - Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação.

(39) - Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades.

(40) - Proporciona apoio/educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente.

(41) - Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de Enfermagem.

(42) - Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interacções com os indivíduos, as famílias e as comunidades.

(43) - Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde.

Competência

B3. Utiliza o Processo de Enfermagem.

Descritivo

O enfermeiro diagnostica e prioriza os problemas, procurando recolher e analisar os dados mais relevantes que lhe permitem estabelecer objectivos e um plano de cuidados fundamentado no e para o qual as-

sume a parceria efectiva do cliente/cuidadores. Cria momentos de avaliação em todo o processo e procede às respectivas alterações sempre que considera necessário, visando a qualidade dos cuidados.

Crítérios de competência

(44) - Efectua, de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a concepção dos cuidados de Enfermagem.

(45) - Analisa, interpreta e documenta os dados com exactidão.

(46) - Formula um plano de cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores.

(47) - Consulta membros relevantes da equipa de cuidados de saúde e sociais.

(48) - Garante que o cliente e/ou os cuidadores recebem e compreendem a informação na qual baseiam o consentimento dos cuidados.

(49) - Estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores.

(50) - Identifica resultados esperados e o intervalo de tempo para serem atingidos e/ou revisitos, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores.

(51) - Revê e reformula o plano de cuidados regularmente, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores.

(52) - Documenta o processo de cuidados.

(53) - Implementa os cuidados de Enfermagem

planeados para atingir resultados esperados.

(54) - Pratica Enfermagem de uma forma que respeita os limites de uma relação profissional com o cliente.

(55) - Documenta a implementação das intervenções.

(56) - Responde eficazmente em situações inesperadas ou em situações que se alteram rapidamente.

(57) - Responde eficazmente em situações de emergência ou catástrofe.

(58) - Avalia e documenta a evolução, no sentido dos resultados esperados.

(59) - Colabora com os clientes e/ou com os cuidadores na revisão dos progressos, face aos resultados esperados.

(60) - Utiliza os dados da avaliação para alterar o planeamento dos cuidados.

Competência

B4. Estabelece uma comunicação e relações interpessoais eficazes.

Descritivo

O enfermeiro estabelece relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais.

Critérios de competência

(61) - Inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através

da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais.

(62) - Comunica com consistência informação relevante, correcta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e electrónica, no respeito pela sua área de competência.

(63) - Assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara.

(64)- Responde apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas dos clientes e/ou dos cuidadores, no respeito pela sua área de competência.

(65)- Comunica com o cliente e/ou familiares, de forma a dar-lhes poder.

(66)- Utiliza a tecnologia de informação disponível, de forma eficaz e apropriada.

(67)- Demonstra atenção sobre os desenvolvimentos/aplicações locais, no campo das tecnologias da saúde.

Competência

B5. Promove um ambiente seguro.

Descritivo

O enfermeiro focaliza a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente, procurando conhecer com acuidade o seu campo de acção, utilizando estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco.

Crítérios de competência

(68) - Cria e mantém um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco.

(69) - Utiliza instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais.

(70) - Garante a segurança da administração de substâncias terapêuticas.

(71) - Implementa procedimentos de controlo de infecção.

(72) - Regista e comunica à autoridade competente as preocupações relativas à segurança.

Competência

B6. Promove cuidados de saúde interprofissionais.

Descritivo

O enfermeiro assume o seu papel de interlocutor privilegiado da equipa pluriprofissional estando no centro dos cuidados com o cliente/cuidadores, com estratégias de articulação assentes numa comunicação eficaz e que permitem a elaboração e execução de planos de cuidados nos quais participa de forma contínua e sistemática.

Crítérios de competência

(73) - Aplica o conhecimento sobre práticas de trabalho interprofissional eficazes.

(74) - Estabelece e mantém relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa.

(75) - Contribui para um trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de co-

laboração.

(76) - Valoriza os papéis e as capacidades de todos os membros da equipa de saúde e social.

(77) - Participa com os membros da equipa de saúde na tomada de decisão respeitante ao cliente.

(78) - Revê e avalia os cuidados com os membros da equipa de saúde.

(79) - Tem em conta a perspectiva dos clientes e/ou cuidadores na tomada de decisão pela equipa interprofissional.

Competência

B7. Delega e supervisiona tarefas.

Descritivo

O enfermeiro avalia a necessidade e o tipo de cuidados a prestar ao cliente, e na priorização dos mesmos, assume a delegação de tarefas e a respectiva supervisão a pessoal funcionalmente dependente de si, mantendo total responsabilidade pelos cuidados prestados.

Critérios de competência

(80) - Delega noutros, actividades proporcionais às suas capacidades e ao seu âmbito de prática.

(81) - Utiliza uma série de estratégias de suporte quando supervisa aspectos dos cuidados delegados a outro.

(82) - Mantém responsabilidade quando delega aspectos dos cuidados noutros.

C - DOMÍNIO:

Desenvolvimento Profissional.

Competência

C1. Contribui para a valorização profissional.

Descritivo

O enfermeiro assume o seu papel imprescindível nos cuidados de saúde aos cidadãos, criando e dando visibilidade ao seu espaço no trabalho pluriprofissional, assumindo a liderança dos processos sempre que for o profissional melhor colocado para tal.

Critérios de competência

(83) - Promove e mantém a imagem profissional da Enfermagem.

(84) - Defende o direito de participar no desenvolvimento das políticas de saúde e no planeamento dos programas.

(85) - Contribui para o desenvolvimento da prática de Enfermagem.

(86) - Valoriza a investigação como contributo para o desenvolvimento da Enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de qualidade dos cuidados.

(87) - Actua como um modelo efectivo.

(88) - Assume responsabilidades de liderança quando for relevante para a prática dos cuidados de Enfermagem e dos cuidados de saúde.

Competência

C2. Contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Descritivo

O enfermeiro participa em programas de melhoria da qualidade, actuando simultaneamente como promotor e executor dos processos, mobilizando e divulgando continuamente novos conhecimentos sobre boas práticas.

Critérios de competência

(89) - Utiliza indicadores válidos na avaliação da qualidade de Enfermagem.

(90) - Participa em programas de melhoria contínua da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade.

Competência

C3. Desenvolve processos de formação contínua.

Descritivo

O enfermeiro adopta uma atitude reflexiva sobre as suas práticas, identificando áreas de maior necessidade de formação, procurando manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados num aperfeiçoamento contínuo das suas práticas.

Critérios de competência

(91) - Leva a efeito uma revisão regular das suas práticas.

(92) - Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção e

aperfeiçoamento das competências.

(93) - Actua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua.

(94) - Contribui para a formação e para o desenvolvimento profissional de estudantes e colegas.

(95) - Actua como um mentor/tutor eficaz.

(96) - Aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde.



www.ordemenfermeiros.pt

Av. Almirante Gago Coutinho, 75
1700-028 Lisboa

Tel. 218 455 230 Fax 218 455 259
mail@ordemenfermeiros.pt



Anexo III
Carta ao Dr. Fernando Nobre

Ex. Mo Sr. Presidente da AMI
Dr. Fernando Nobre

Eu, Eduardo José Vicente Vaz, enfermeiro a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na Universidade Católica Portuguesa, venho por este meio requerer a atenção de V. Ex.^a para um projecto realizado durante o meu estágio no Centro Porta Amiga das Olaias.

Trata-se de um projecto que visa a construção/formalização da consulta de enfermagem neste centro, com intuito de prestar cuidados de forma contínua aos utentes que o procuram.

Para maior compreensão de V. Ex.^a do assunto que pretendo expor, anexo o projecto a que me refiro.

Agradeço, desde já, a compreensão de V. Ex.^a e aguardo feedback do sugerido no projecto.

Sem outro assunto

Atenciosamente

Eduardo José Vicente Vaz

Anexo IV
Avaliação do Estado Mental

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Orientação Temporal Espacial – questão 2.a até 2.j pontuando 1 para cada resposta correta, máximo de 10 pontos.

Registros – questão 3.1 até 3.d pontuação máxima de 3 pontos.

Atenção e cálculo – questão 4.1 até 4.f pontuação máxima 5 pontos.

Lembrança ou memória de evocação – 5.a até 5.d pontuação máxima 3 pontos.

Linguagem – questão 5 até questão 10, pontuação máxima 9 pontos.

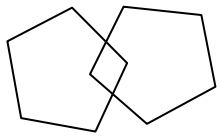
Identificação do cliente

Nome: _____

Data de nascimento/idade: _____ Sexo: _____

Escolaridade: Analfabeto () 0 à 3 anos () 4 à 8 anos () mais de 8 anos ()

Avaliação em: ____/____/____ Avaliador: _____.

Pontuações máximas	Pontuações máximas
<p>Orientação Temporal Espacial</p> <p>1. Qual é o (a) Dia da semana?__ 1 Dia do mês? _____ 1 Mês? _____ 1 Ano? _____ 1 Hora aproximada? _____ 1</p> <p>2. Onde estamos? Local? _____ 1 Instituição (casa, rua)? _____ 1 Bairro? _____ 1 Cidade? _____ 1 Estado? _____ 1</p>	<p>Linguagem</p> <p>5. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta _____ 2</p> <p>6. Faça o paciente. Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá”. _____ 1</p> <hr/> <p>7. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. “Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa”. _____ 3</p> <p>8. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: FECHE OS OLHOS. _____ 1</p> <p>09. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido). (Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto) _____ 1</p>
<p>Registros</p> <p>1. Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. -Vaso, carro, tijolo _____ 3</p>	<p>10. Copie o desenho abaixo. Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero. _____ 1</p>
<p>3. Atenção e cálculo</p> <p>Sete seriado (100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65). Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas. Ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente. _____ 5</p>	
<p>4. Lembranças (memória de evocação)</p> <p>Pergunte o nome das 3 palavras aprendidas na questão 2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. _____ 3</p>	

Anexo V

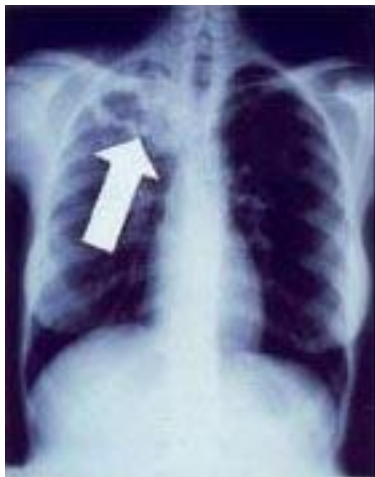
Competências do Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiátrica

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde Mental

Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Anexo XIII – Cartaz informativo do rastreio de tuberculose



Rastreo de **TUBERCULOSE**

Dia 10 de Novembro de 2011

**Centro Porta Amiga
das Olaias**

Durante a manhã do dia 10 de Novembro de 2011 o CSP de Alcântara irá realizar um rastreio de Tuberculose no Centro Porta Amiga das Olaias. Terá uma carrinha no exterior para atender quem solicitar o rastreio

**Cuide da sua Saúde
Venha saber como estão os
seus PULMÕES**

Anexo XIV – Reflexão: Os sem-abrigo –
Conceitos e definições

Os sem-abrigo

Conceitos e definições

O sem-abrigo numa percepção imediata e comum é o “mítico ser” que povoa as nossas ruas caracterizado por uma aparência desleixada, sujo e excluído socialmente que vulgarmente pede nas principais ruas da cidade e que dorme entre pedaços de cartão encostado às paredes que lhe parece mais acolhedoras.



VAZ, Eduardo. (2010) *Um dia mudo o meu guarda-roupa...*

Mas o conceito de sem-abrigo deixou de corresponder a esta ideia padrão que de imediato surge no imaginário de cada um de nós. Os sem-abrigo deixaram de estar ligados a géneros, idades, estado civil e/ou a outra característica humana. Com a crise social e económica vigente nos nossos dias ser e/ou estar sem-abrigo poderá ser qualquer um de nós.

Pimenta (1992) citado por Fernandes (2006, p. 16) refere que os indivíduos que dormem na rua *já não são somente os marginalizados clássicos, mendigos e vagabundos; a estes veio juntar-se uma “nova geração de excluídos” fruto da crise económica, do desemprego, da droga e das deficientes políticas sociais. Está-se, portanto, perante um fenómeno que apresenta novos contornos e maior complexidade.*

Segundo Pereirinha (2001) citado por Martins (2007; p. 34), a complexidade do estudo dos sem-abrigo é, em parte, resultante da polissémica do conceito, da polivalência explicativa, e ainda da dificuldade metodológica na abordagem ao fenómeno.

Bento e Barreto (2002; p. 26) referem que *a definição de sem-abrigo abrange um espectro de situações que têm em comum a falta de meios (pobreza) e de laços comunitários (exclusão social) para aceder a um alojamento pessoal adequado.*

Já segundo Rossi, *a situação de sem-abrigo, na sua essência, significa não ter acesso regular e usual a uma residência (domicílio/habitação) convencional. O termo aplica-se principalmente àqueles que não são arrendatários (inquilinos) ou não são possuidores da sua própria residência* (Rossi, cit. in Barros et al, 1997, p. 171).

Alves (1996) citado por Fernandes (2006, p. 19) *adoptou como conceito de sem-abrigo o de “todo o indivíduo que vice efectivamente na rua, sem ter condições de, sem recorrer a apoio social, pagar um alojamento”.*

Rivlin (1986) descreve os sem-abrigo com base na duração do período em que estes se encontram na rua e do conseqüente grau de vulnerabilidade. O autor distingue quatro formas e graus de sem-abrigo:

- O **crónico**, associado ao alcoolismo e à toxicodependência, que parte da sua vida é passada na rua, tem apenas dinheiro suficiente para uma “pensão barata”, pode manter uma rede de contactos sociais ou formar pequenas comunidades com pessoas na mesma situação;
- O **periódico**, que tem casa mas que a deixa quando a pressão se torna intensa, conduzindo-o para um albergue ou mesmo para a rua, mantendo-se, no entanto, a casa acessível quando as tensões familiares acalmam (incluem-se aqui, entre outros, os trabalhadores migrantes que partem à procura de trabalho sazonal ou mulheres que sofreram violência doméstica);
- O **temporário**, mais limitado no tempo que as outras formas, está na condição de sem-abrigo devido a uma situação inesperada, mas a sua capacidade para ter e manter uma casa mantém-se estável (situação motivada, por exemplo, por um desastre natural, desemprego súbito, doença grave, ou numa mudança de comunidade) e por último;
- O **total**, considerado o mais catastrófico de todos, traumatizado devido ao facto de não ter casa nem manter relação com a comunidade, pode pernoitar num albergue nocturno ou nas imediações de uma igreja, mas não tem casa e muito embora as perspectivas futuras dependam de cada indivíduo, o trama da total devastação dos seus suportes sociais e físicos ameaça seriamente os seus poderes de recuperação.

Munoz e Vasquez (1998) referenciados por Bento e Barreto (2002: p. 26) referem que o termo sem-abrigo reúne assim várias situações:

- aqueles que vivem na rua
- aqueles que ocupam, legal ou ilegalmente, casas abandonadas, barracas, etc.;
- aqueles que se encontram alojados em refúgios e centros de acolhimento para sem-abrigo, quer do sector público quer do sector 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.

O Grupo de Colecção de Dados da FEANTSA em colaboração com Observatório Europeu de Sem-abrigo desenvolveu uma Tipologia Europeia de Sem-abrigo e Exclusão Habitacional – ETHOS. Esta tipologia parte de quatro categorias conceptuais e define treze

categorias operacionais (Quadro 1). Estas treze categorias podem ser usadas para recolher e comparar dados e é uma *ferramenta suficientemente flexível para adaptar-se a diferentes objetivos políticos: para traçar planos do problema dos sem-abrigo (avaliação das necessidades), para desenvolver e monitorizar políticas e para avaliar políticas* (FEANTSA (2005) referenciado por Miguel, Ornelas e Maroco (2010: p. 438)

Quadro 1. ETHOS 2006 – Tipologia Europeia de Sem-abrigo e exclusão habitacional (FEANTSA, 2006)

Categoria Conceptual	Categoria Operacional	Definição Genérica
Sem tecto	1. Pessoas que vivem na rua.	1.1 Dormir na rua (não ter acesso a alojamento de 24 horas) / Sem domicílio
	2. Pessoas que permanecem num abrigo nocturno	2.1 Abrigo durante a noite.
Sem-casa	3. Pessoas em alojamentos para sem abrigo.	3.1 Albergue para sem abrigo.
	4. Pessoas em abrigo para mulheres.	4.1 Alojamento em abrigo para mulheres
	5. Pessoas em alojamentos para imigrantes.	5.1 Alojamento temporário/ Centros de acolhimento (asilos). 5.2 Alojamento para trabalhadores migrantes.
	6. Pessoas que esperam sair de instituições.	6.1 Instituições penais. 6.6 Instituições médicas
	7. Pessoas que recebem apoio (devido a situações de sem-abrigo).	7.1 Cuidados residenciais para pessoas sem abrigo. 7.2 Alojamento apoiado. 7.3 Alojamento de transição com apoio. 7.4 Alojamento com apoio.
Habitação insegura	8. Pessoas que vivem em alojamento inseguro.	8.1 Temporariamente com a família/amigos. 8.2 (Sub) aluguer ilegal 8.3 Ocupação ilegal de um edifício. 8.4 Ocupação ilegal de um terreno.
	9. Pessoas que vivem sob a ameaça de despejo.	9.1 Imposição de ordens legais (arrendatário). 9.2 Ordens de re-posseção (proprietário).
	10. Pessoas que vivem sob a ameaça de violência.	10.1 Registo policial de incidentes de violência doméstica.
Habitação inadequada	11. Pessoas que vivem em construções temporárias/ fora dos padrões.	11.1 Roulote / caravana 11.2 Edifício fora dos padrões 11.3 Construção temporária
	12. Pessoas que vivem em residências inaptas.	12.1 Inaptidão para habitação (segundo legislação nacional; ocupado)
	13. Pessoas que vivem em residências extremamente lotadas.	13.1 Mais elevada norma nacional de sobrelotação.

Numa pesquisa mais aprofundada do conceito não é a mesma coisa ser sem-abrigo ou estado de sem-abrigo. Existe todo um processo evolutivo do estar ao ser sem-abrigo. Ser sem-abrigo resulta de um processo progressivo de perda de laços com as várias estruturas sociais: a família, a escola e/ou o trabalho, a religião, a política e o lazer. Na perspectiva da pessoa sem-abrigo, esta forma de vida pode dever-se a várias razões nomeadamente: como uma opção de

vida (decisão consciente em rejeitar a vivência numa casa convencional); por problemas patológicos (doença mental, dependência de droga/alcoolismo...); como consequência de acontecimentos de vida ou circunstâncias negativas (violência doméstica, incapacidade financeira para manter um alojamento...) e/ou por inadequação de determinadas estruturas sociais para explicar a natureza do fenómeno e a sua (re)incidência: no mercado de habitação incapaz de responder de forma satisfatória a todas as situações; altos níveis de desemprego, baixos salários e serviços sociais incapazes de fornecer suportes apropriados no tempo e no espaço.

Devido à já referida polissémica do conceito, a literatura assume diferentes *nuances* para abordar os sem-abrigo, como referem Pereira, Barreto e Fernandes (2000) citados por Fernandes (2006) “*A condição de sem abrigo não constitui um dado puramente objectivo que corresponda a estados rigorosos e universais, o conceito de sem-abrigo é fluido e esquivo, difícil de reter*” no entanto é para nós importante basearmo-nos apenas num.

A nível nacional o conceito que deve ser usado por todas as entidades públicas ou privadas é o do Instituto de Segurança Social.

Considera-se pessoa sem-abrigo aquela que, independentemente da sua nacionalidade, idade, sexo, condição socio-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, ou sem casa, encontrando-se em alojamento temporário destinado para o efeito.

Mas a AMI baseia-se neste conceito de sem-abrigo e desenvolve a sua actividade tendo em conta os seus critérios inclusivos, mas especifica mais ao referir:

Para a AMI, é sem abrigo toda a pessoa que não possui residência fixa, pernoita na rua, carros e prédios abandonados, estações de metro ou de comboio, contentores, ou aquele indivíduo que recorre a alternativas habitacionais precárias como albergues nocturnos, quartos ou espaços cedidos por familiares, ou que se encontra a viver temporariamente em instituições, centros de recuperação, hospitais ou prisões. Em termos mais precisos, a tónica é assente na falta de uma habitação digna e estável. (<http://www.ami.org.pt/default.asp?id=p1p211p215p340p281&l=1>)

Gostaríamos apenas, para terminar, de citar Bruto da Costa (1998) referenciado por Fernandes (2006: p. 21) que refere que a população sem-abrigo representa *uma das formas mais extremas de exclusão social, por vezes uma das mais visíveis, aquela em que o carácter de privação múltipla é patente e por vezes, contrasta fortemente com o meio ambiente em que se apresenta.*

Um caso particular

Santa Apolónia, cerca das onze da manhã, estacionada a carrinha no passeio de uma das laterais à porta de entrada da estação, ficámos à espera que alguém se aproximasse da carrinha e solicitasse os nossos serviços. Entre os habituais conhecidos que procuram uma “boa” discussão com insultos à mistura, fomos abordados por um homem, cerca de 40 anos mas com maior idade aparente, que humildemente perguntou em que poderíamos ajudá-lo? A pergunta foi devolvida com um “O senhor é que terá de dizer em que podemos ajudá-lo. O utente respondeu: Oh, se é para falar e dar comida, eu não preciso. Neste ponto seria fácil desistir, mas achei que não deveria fazê-lo. Convidei o utente a sentar-se para “conversar” um pouco. Acedeu com facilidade.

Feitas as apresentações necessárias, referimos o objectivo de estarmos ali e quais os apoios que damos. Primeiro passo dado e conquistada alguma confiança, iniciámos a colheita de dados que pretendíamos desde a abordagem desinteressada do utente.

Durante a entrevista, verificámos que utente se encontrava sob efeito de drogas, a postura era retraída inicialmente e depois começou a ficar mais relaxada, o discurso era normal com uma tentativa de linguagem mais cuidada, tom de voz normal mas cadência e ritmo de discurso por vezes arrastado, lentificado e com pouca variação.

A entrevista, neste caso, nunca poderia ser estruturada mas através de perguntas abertas foi adaptada ao discurso do utente.

O utente iniciou o seu relato referindo que o problema da vida dele foi a morte do pai, que foi desde essa altura que a vida dele “acabou de vez”. Referiu-nos que foi abandonado pela mãe em criança e ficou a viver com o pai. O pai dava-lhe tudo, “Se entrasse numa loja e eu quisesse uns ténis, o meu pai comprava-me os ténis e ainda uma *t-shirt* e o que mais eu quisesse” dizia orgulhoso. Continuava a dizer que nunca lhe faltou nada, que o pai trabalhava na RTP, ganhava bem, investia em casas e tinha sempre rendimentos extra, o que lhe permitiu ter sempre uma boa mesada. Este acesso ao dinheiro permitiu ao utente experimentar drogas. Inicialmente drogas leves e posteriormente drogas mais pesadas que o levaram a dependência das mesmas. Sempre com apoio do pai, o utente entrou para várias comunidades terapêuticas e em nenhuma delas teve sucesso. Mesmo tendo dinheiro começou a traficar droga, pois assim mais facilmente tinha acesso a ela e tinha também um dinheiro extra. Esta situação levou a que fosse preso durante 3 anos e mesmo assim o apoio do pai se manteve incondicional.

Após estes três anos saiu da prisão e foi viver com o pai e sempre consumiu. Há cerca de 4 anos o pai tinha falecido e deixou-lhe uma herança de alguns milhares de euros, que

depressa gastou em droga. Perdeu tudo o que tinha, a casa onde vivia o pai, o dinheiro e não tinha trabalho nem família. *Restava-lhe a droga e a rua*. Pensou no suicídio várias vezes mas outro pensamento sobrepôs-se a este “a droga vai acabar comigo, não tenho que me preocupar”.

Actualmente vive na rua, deu a entender que trafica droga mas que o dinheiro que recebe é todo para consumir “Ainda na semana passada recebi 800 euros mas já foram todos”.

Este caso é apenas uma gota num mar de novos casos na condição de sem-abrigo que procura instituições de solidariedade social. No entanto, ficámos com o sabor amargo da derrota na boca, porque passado um mês e meio deste primeiro contacto nunca mais encontrámos este paciente. Apesar de termos ficado com os seus dados e de o termos encaminhado para a Porta Amiga das Olaias o nosso esforço foi inglório até à data, pois nunca nos procurou. Só esperamos que o pior não tenha acontecido...

Bibliografia:

- ABREU, Paulo; ANTUNES, Vera (2005) – *Cuidados de Saúde aos Sem Abrigo, Que Realidades?* Loures. Lusociência.
- AMI (2006), Relatório Anual, Lisboa
- BARROS, Carlos Pestana e Santos, J. C. Gomes Santos (1997) *A Habitação e a Reinserção Social em Portugal*. Editora Vulgata. Lisboa.
- BENNET, Paul; MURPHY, Simon (1999). *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa. CLIMEPSI
- BENTO, A. BARRETO, E. (2002). *Sem-amor Sem-abrigo*. Lisboa: CLIMEPSI
- FERNANDES, Maria Manuela (2006). *Fechados no Silêncio Os sem abrigo* , *Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais*. Universidade Aberta. Porto.
- MARTINS, Ana Maria (2007). *As sem abrigo de Lisboa*. Universidade Aberta. Lisboa
- MIGUEL, Marta; ORNELAS, José; MAROCO, João. (2010) *Modelo de atitudes face aos sem abrigo em Portugal*. *Análise Psicológica*. Lisboa. Pag. 437-450.
- RIVLIN, Leanne G. (1986). *The Nature of Homeless: Some Views on the Homeless Existence*. University of New York, New York.

<http://www2.seg-social.pt/left.asp?03.06.07.03>

Anexo XV – Reflexão: Doença Mental e Sem-
Abrigo. Um processo cíclico

Doença Mental e Sem-Abrigo

Um processo cíclico.

Quando anteriormente definimos sem-abrigo, referimos todo um processo de exclusão social, desafiliação e de carência na satisfação das suas necessidades básicas.



VAZ, Eduardo. (2010) *Um dia mudo de meio de transporte...*

Estas alterações na vida do indivíduo, como defende Chalifour (2008) afectam todos os componentes da pessoa. Cada componente do ser humano (ser biopsicossociocultural) não existe por si só, independente dos outros componentes. Por exemplo o autor ao referir-se à pessoa como um ser social expõe que *Para sobreviver, se desenvolver e actualizar, a pessoa necessita estabelecer relações harmoniosas com o ambiente físico, humano e cultural, com que troca informação, energia e matéria* (p. 67).

Nesta ordem de ideias não é de estranhar que a predominância de algumas patologias mentais seja mais elevada que na população em geral, no entanto, uma questão muito pertinente se coloca: A condição de sem-abrigo desenvolve a doença mental ou a doença mental leva à condição de sem abrigo?

Bento e Barreto (2002), no seu estudo, fazem uma breve abordagem a esta questão. Transformam-na, de certa forma, numa pergunta retórica, sem uma resposta objectiva, pois referem que não há uma relação causa-efeito directa mas que as duas variáveis poderão influenciar-se mutuamente.

Os autores referenciam Olfson *et al* (1999) que esclarece que o risco do doente esquizofrénico ficar sem-abrigo é dez vezes maior que na população em geral, no entanto logo de seguida citam Rosa (1998) que defende que *a maior parte dos sem-abrigo com doença mental apresentavam já esta patologia antes de estarem na rua. Apesar da rua agravar as perturbações mentais, parece certo que em 60% dos casos as perturbações mentais precedem claramente a vida na rua.*

Abreu e Antunes (2005: 25) também fazem uma referência a esta questão: *Os sem-abrigo, como já pudemos constatar, têm condições de vida muito precárias, com défices, não só a nível social, económico e relacional, mas também a nível da saúde. A saúde, como um dos factores que influencia directamente, a qualidade de vida, é também o que é mais referido pela maioria dos indivíduos, como determinante do seu bem-estar físico e psíquico.*

Mas pensamos que podemos razoável dizer que *em geral as doenças psiquiátricas não se apanham na vida da rua, mas que esta pode ter um papel crucial na precipitação, manutenção ou agravamento da doença. Na maioria dos casos, a história clínica mostra que já eram doentes, ou tinham problemas com álcool ou as drogas antes, antes de ficarem sem-abrigo.* (Bento e Barreto. 2002:217)

Durante o meu estágio com a Equipa de Rua da Porta Amiga das Olaias, pude aperceber-me que grande percentagem dos sem-abrigo que nos procuram ou que observamos durante a nossa intervenção social, apresentam alguma patologia mental associada muitas vezes ao consumo de álcool e toxicod dependência, no entanto não posso afirmar se foi a patologia que levou á condição de sem-abrigo ou vice-versa.

Salientamos que o que nos interessou durante este período de estágio foi os indivíduos sem-abrigo que apresentam alguma patologia mental ou apresentam algum risco de a desenvolver, pois a população com doença mental que pode vir a estar/ser sem-abrigo é-nos completamente inacessível.

Durante este período encontrámos diferentes casos. Encontrámos os sem-abrigo que já tinham pelo menos um diagnóstico de patologia mental e se encontravam medicados, encontrámos os aparentemente saudáveis, os que reconheciam o consumo abusivo de álcool ou drogas, os que não tendo diagnóstico psiquiátrico atribuído preenchiavam critérios de transtornos mentais e por último os que pela sua história de vida pessoal e familiar e pela própria condição de sem-abrigo apresentavam um elevado risco de desenvolver doença mental. Em todos estes casos tivemos uma abordagem personalizada e individual. Como focam Bennet e Murphy (1999; 65) (...) *as abordagens populacionais podem ser consideradas como eficazes em função dos custos, enquanto as intervenções individuais são eficazes em função dos resultados. É provável que a abordagem óptima consista na combinação dos dois métodos, destacando indivíduos de alto risco para intervenções de aconselhamento individual, ao mesmo tempo que expõe a população, de forma mais vasta, a manipulações do ambiente e dos media.*

As doenças mentais nos sem-abrigo são variadas, embora não existam patologias psiquiátricas exclusivas dos sem-abrigo (Timms e Balázs (1998) referenciados por Bento e Barreto (2002:222)) a frequência de patologias é muito diferente na população sem-abrigo quando comparada com a população não sem-abrigo.

No estudo realizado por Bento e Barreto (2002) nos internamentos a não sem-abrigo os diagnósticos mais frequentes são perturbações do humor, as esquizofrenias e as perturbações delirantes persistentes, enquanto que nos sem-abrigo os principais diagnósticos são alcoolismo,

psicoses, toxicod dependências e perturbações da personalidade. O quadro 1 apresenta os principais diagnósticos identificados por estes autores no seu estudo.

Quadro 1 – Principais diagnósticos psiquiátricos em sem-abrigo

Perturbações psiquiátricas, CID 10(N=511)		
Diagnóstico	Número	Percentagem
Álcool	164	32,1
Opióides, cocaína e canabinóides	87	17,0
Esquizofrenia	50	9,8
Perturbações delirantes persistentes	23	4,5
Outras perturbações psicóticas	19	3,7
Perturbações do Humor (afectivas)	4	0,8
Perturbações depressivas, não especificadas	7	1,3
Perturbações da personalidade	52	10,2
Atraso Mental	18	3,5
Perturbações da adaptação	3	0,6
Perturbações mentais orgânicas	8	1,6
Epilepsia	3	0,6
Outras perturbações	3	0,6
Sem diagnóstico psiquiátrico	30	5,9
Sem informação	40	7,8

Fonte: Bento, A. & Barreto, E. (2002). *Sem-amor Sem-abrigo*. Lisboa: CLIMEPSI.

Perante estes factos, é sem dúvida importante destacar o papel da Equipa de Rua na identificação e encaminhamento destes casos, na prevenção de novos casos e no seguimento de casos já identificados e controlados. É importante que para cada utente, se tenha uma abordagem individual, para que se possam identificar com rigor as suas necessidades e desenvolver estratégias para ajudar a satisfazê-las e ao realizar todo este processo na rua, note-se que é o ambiente natural e conhecido do sem-abrigo, não se corre o risco de constrangimento provocado pelo “gabinete”.

A Equipa de Rua na AMI foi criada em 2001, com o objectivo de realizar uma abordagem directa aos sem abrigo que se encontram na rua, de tentar criar uma relação interpessoal com eles, fornecendo informações e encaminhando-os para os serviços da Porta Amiga das Olaias e/ou outras instituições. (Abreu e Antunes: 2005).

É fundamental referir que muito caminho ainda há a percorrer, a utopia de viver numa sociedade sem sem-abrigo está cada vez mais presente, a inexistência de recursos materiais e humanos é cada vez mais agravada com as crises político-económicas, o que leva a que a pessoa carenciada passe rapidamente a sem-abrigo. Como a doença mental está frequentemente associada à condição de sem-abrigo, o futuro não reserva apenas mais pessoas em condição de sem-abrigo como poderá aumentar a população que sofre de doença mental.

Bibliografia:

Abreu, Paulo; Antunes, Vera (2005) – Cuidados de Saúde aos Sem Abrigo, Que Realidades? Loures. Lusociência.

AMI (2006), Relatório Anual, Lisboa

Bennet, Paul; Murphy, Simon (1999). Psicologia e Promoção da Saúde. Lisboa. CLIMEPSI

Bento, A. & Barreto, E. (2002). *Sem-amor Sem-abrigo*. Lisboa: CLIMEPSI.

Chalifour, J. – A Intervenção Terapêutica. Loures: Lusodidacta, 2008.